Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 stycznia 1886. **№ 5.** Rok XXV.

I. O krążeniu krwi w komorce zwojowéj.

Przez prof. Dra Adamkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

10. Układ naczyniowy żylny komórki zwojowéj i stosunek t. z. „jądra“ zwojowego do téjże.

Więcéj aniżeli zachowanie się ogólnéj siatki żylnéj zajmuje naszą uwagę rezultat nastrzykania żył w samych komórkach zwojowych.

Zaledwie oczom wierzyć można. Masa injekcyjna wciska się w głąb samego ciała komórki zwojowéj. Gdziekolwiek wzrok nasz na preparat padnie, wszędzie spostrzedz może pomiędzy blademi komórkami zwojowemi takie, które naznaczone są niebieską masą injekcyjną. I przeglądając setki cięć udanéj seryi, wszędzie znajduje się jednakowy rezultat.

Że więc mamy do czynienia z rzeczywistym faktem, nie ulega wątpliwości. Miałem więc za zadanie, zbadać znaczenie i istotę tegoż. Przy uważném obserwowaniu nastrzykanéj z żył komórki zwojowéj widzieć można wśród ciała téjże niebieskie okrągłe czasem nieco owalne kółko. Brzegi tego kółka odgraniczają się ostro od istoty ciała zwojowego. Przy wielkiém powiększeniu łatwo można poznać, że istota komórki zwojowéj, dochodząc do tego tworu, ostro się kończy. Środek niebieskiego kółka jest jaśniejszym, aniżeli obwód, zawiera więc mniéj masy injekcyjnéj aniżeli ostatni.

Gdy ten jasny środek przez pokręcenie śrubą mikrometryczną wstawimy sobie w pole widzenia, wtedy zobaczymy w nim jąderko komórki zwojowéj.

Teraz jest jasném i nie ulega żadnéj wątpliwości, że to, co niebiesko zostało nastrzykniętém, nie jest niczém inném, jak tylko tym tworem, który uchodzi za „jądro“ zwoju. Ponieważ przez jądro rozumiemy ciało stałe, a ponieważ z drugiéj strony twór przyjmujący masę injekcyjną nie może być stałym, lecz naturalnie próżnym, powstała więc dla mnie rzez fakt nastrzyknięcia zwoju szczególniejsza zagadka.

Musiałem przypuścić, że albo jądro zwoju po śmierci znika, pozostawiając miejsce próżne, do którego masa injekcyjna się wciska, albo też, że ciało uważane za jądro, nie jest niém, lecz preformowaną i przez to nastrzyknąć się dającą jamą.

Pytanie, która z tych dwóch możliwości odpowiada rzeczywistości, dało się rozwiązać.

Jeżeli bowiem środkowa jama była pierwotnie jądrem, to przypuścić należy, że zniknąwszy po śmierc utworzyła rodzaj próżni. Próżnia taka mogłaby posiadać własności ssące i przez to ułatwić wejście masy injekcyjnéj do wnętrza komórki zwojowéj.

Jeżeli zaś środkowa jama zwojowa była preformowaną i dając się z żył nastrzyknąć, była odcinkiem narządu żylnego komórki zwojowej, to musiała bezsprzecznie posiadać naczyńko, które ją z większemi żyłami, a przez to z ogólnym układem żylnym reszty ciała łączyło.

Pierwsze przypuszczenie, nieco naciągane, ale w danych warunkach usprawiedliwione, wytworzenia się próżni wśród zwoju już z góry jest mało prawdopodobne.

Nie zdarza się, zwłaszcza po śmierci, aby jądro ze zdrowéj komórki zniknąć miało. Jeżeli się rozpływa, to dzieje się to w czasie życia wtedy, gdy cała komórka zgorzelinowo się rozpada.

Przeciwnie, jądro po śmierci zostaje zbitsze i oporniejsze, aniżeli pierwoszcze komórki, a własność tę zawdzięcza większéj swéj zbitości.

Za faktem, że środkowa jama zwojowa nie tworzy się dopiero po śmierci, lecz jest preformowaną w komórce zwojowéj, przemawia niejedna okoliczność: Najpierw zwracam na to uwagę, że nastrzykania wykonywałem na trupach świeżych, a więc najwyżéj w parę dni po śmierci, gdzie o jakichkolwiek niezwykłych zmianach w tkankach nie mogło być mowy i że po nastrzyknięciu preparaty włożone zostały do płynów stwardniających, utrzymujących utkanie normalne.

Dalej na szczególniejszą uwagę zasługuje następujący fakt. Już badania moje unaczynienia rdzenia pacierzowego przekonały mnie, że naczynia krwionośne u noworodków i dzieci są znacznie szersze i obfitsze, aniżeli u człowieka dorosłego. Przypuszczając więc z tego, że może łatwiej będzie wykazać naturę jądra w zwojach międzykręgowych u noworodków, wstrzykiwałem w tychże zwoje międzykręgowe i doszedłem do następujących wyników: Podczas gdy u dorosłych w całej liczbie na przekroju zwoju widocznych komórek zwojowych zawsze tylko niektóre z nich są nastrzykane, u noworodków wykazać można to nader ważne zjawisko, że masa wstrzykiwana do każdej komórki się dostaje i w każdej napełnia ściśle tę część komórki, którą za „jądro“ uważać zwykliśmy. Widzimy zatem, używając np. w tym przypadku do nastrzykiwania żylnego masy karminowej, w środku każdego zwoju ostro ograniczony czerwony pierścień, którego centrum pozostaje białe, zawierając niezabarwione jąderko. Dla dokładności dodaję jeszcze, iż właśnie wynik ten usuwa z góry każdą myśl o przypadkowem zabarwieniu masą injekcyjną, zwłaszcza, iż przy zabarwieniu stosunki są wprost odwrotne. Podczas, gdy bowiem przy nastrzykaniu pierwoszcza i jąderko są zupełnie niezabarwione a jądro stanowi czerwony pierścień, przy zabarwieniu najsilniej zabarwionem jest jąderko, nieco mniej pierwoszcze, a jądro wcale nie, lub tylko o tyle, o ile otoczone jest pierwoszczem lżej zabarwionem.

Co do zachowania się względem barwików, to różni się w tym względzie jądro zwojowe od stałych jąder wszystkich innych komórek tkaninowych bardzo wybitnie. Podczas gdy ostatnie mają w wysokim stopniu zdolność wchłaniania barwików, którą właśnie swej zbitości zawdzięczają, ma się rzecz w „jądrze“ komórki zwojowej wręcz przeciwnie. W komórce zwojowej „jąderko“ ze względu na barwiki zachowuje się podobnie, jak jądro w innych tkaninach.

Jakiegokolwiek barwika do barwienia użyjemy, zawsze twór za „jądro“ uważany przedstawi się jako blady rąbek naokoło silnie zabarwionego jąderka.

Najlepiej atoli poznać można niezdolność barwienia się „jądra zwojowego“ jako też powód tegoż zjawiska, jeżeli się tkaninę nerwową, zwoje zawierającą, według przezemnie podanej metody zabarwi safraniną.

Ciało zwoju barwi się wtenczas jasno a jąderko ciemnofioletowo. Od obydwóch zaś tych zabarwionych części zwoju odbija jasno i ostro blada szpara, która się pomiędzy obydwiema znajduje i na wewnątrz graniczy z jąderkiem, na zewnątrz zaś z ciałem zwoju, a w którego próżnem wnętrzu wyraźnie widzieć można większe i mniejsze kropelki silnie załamujące światło. Próżna pęcherzykowata szpara jest „jądrem“ zwoju. Jak się o tem przekonałem, dają wszystkie anilinowe barwiki, obecnie w histologii używane, odpowiednie safraninie wyniki i jak już pierwej powiedziałem, nawet o samym karminie, o którym zwykle podają, że najsilniej barwi jądro i jąderko, wyraźnie powtarzam, że według moich doświadczeń zachowuje się tak, jak barwiki anilinowe, barwiąc najsilniej jąderko, mniej silnie pierwoszcze, a wcale niebarwiąc „jądra“.

Nakoniec posiadam na wykazanie, że t. z. „jądro“ jest jamą, jeszcze następujący dowód: Przy zupełnem nastrzykaniu tętniczem komórki zwojowej otoczoną jest komórka masą injekcyjną czerwoną, która, jak wyżej powiedziałem, zbiera się między ciałem zwoju a uchyłkiem zwojowym i w ten sposób tworzy około całej komórki zwojowej rodzaj łupiny, która razem ze zwojem w niej zawartym tworzy ciało mniej przeźroczyste, aniżeli sam zwój. W skutek tego w przepuszczonem świetle ciemniej się przedstawia, aniżeli sama komórka zwojowa nienastrzykana i daje łatwiej, aniżeli ostatnia, poznać różnicę w zbitości całego tworu. Podczas bowiem gdy zwykła komórka zwojowa dla wielkiej jej przeźroczystości w swem ciele różnicę w zbitości jądra i ciała nie bardzo wyraźnie wykazuje, staje się po nastrzykaniu ciałem mniej przeźroczystem i w ten sposób różnicę w zbitości łatwiej wykazującem. I ważną właśnie jest rzeczą, że w tym stanie okazuje to szczególne zjawisko, że podczas gdy całe ciało komórki przedstawia się jako twór ciemno-czerwony, centrum tego ciała, odpowiadające „jądru“, odznacza się w oczy wpadającą bardzo wyraźną przeźroczystością.

Z tego zachowania się nastrzykanej komórki zwojowej wynika bez wątpienia, że t. z. „jądro“ komórki dla światła więcej jest przepuszczalnem aniżeli pierwoszcze, to znaczy, że nie jest jądrem, któreby było, według wszelkich naszych wiadomości, zbitszem aniżeli pierwoszcze komórki, lecz jest jamą.

11. Środkowa zatoka żylna komórki zwojowej i środkowa żyła zwojowa.

Usunąwszy wszelkie wątpliwości tak co do miejsca próżnego w t. z. „jądrze“, jako też jego preeksystencyi, to z drugiej strony możemy i o znaczeniu jego z wszelką pewnością dowiedzieć się, jeżeli nam się uda, jak pierwej żądaliśmy, wykryć połączenie środkowej jamy zwojowej z żyłami za pomocą osobnych kanalików. Związek ten udało mi się w rzeczywistości wykazać.

Z środkowej przestrzeni próżnej wychodzą regularnie jedno, czasem i dwa naczyńka

Szczegółowy przebieg tych środkowych naczyniek jest następujący: Przebiega ono wyprostowane lub lekko pokręcone poprzecznie przez istotę ciała zwojowego. Następnie przekracza brzeg komórki zwojowej, przechodzi przez przestrzeń wśród torebki zwojowej, przez torebkę i uchodzi dopiero zewnątrz tejże do większej żyły samego podłoża zwoju.

W ten sposób mamy dowód, że środkowa jama zwojowa rzeczywiście stoi w związku z naczyniem odprowadzającem.

Jeżeli więc istnieje naturalny związek naczyniowy pomiędzy jamą zwojową a żyłami ciała, to tem samem istnieje dowód, że pęcherz ten jest miejscem zbiorowem dla krwi żylnej, t. j. środkową zatoką żylną zwoju, a połączenie to żyłą odpływową tejże zatoki, t. j. środkową żyłą zwojową.

Jako zatoka żylna musi ta środkowa jama próżna zwoju swe własne ściany posiadać. A ponieważ w tej zatoce żylnej t. z. jąderko nie pływa wolno, lecz jest ustalone, więc zatoka żylna nie może być pęcherzem, lecz musi być próżnym pierścieniem, w kanale którego krew żylna płynie, a w którego otworze środkowym t. z. „jąderko“ jest usadowionem.

Żyła zwojowa środkowa zasługuje jeszcze więcej niż z tej jednej przyczyny na naszą szczególniejszą uwagę.

Stanowi ona pierwszy przykład dotychczas nieznanej kategoryi naczyniek wśródkomórkowych. Należy ona wraz z tętnicami komórek zwojowych do grupy najmniejszych naczyniek, które w ogóle przydarzają się i posiada, podobnie jak ostatnie, szerokość dającą się ocenić zaledwie dziesięciotysiączną częścią jednego milimetra. Pomimo tej niezwykłej drobności nie jest ona ani szparą tkaninową, ani kanalikiem sokowym *(Saftkanälchen)*, lecz jest naczyniem o własnych

ścianach. A poznać to można z tego, że od brzegu zwoju żyła ta zwojowa przechodzi przez przestrzeń wśródtorebkową i samą torebkę i dopiero w pewnéj odległości od téjże uchodzi do żyły większéj.

Z powodu swéj drobności można żyłę zwojową bardzo łatwo przeoczyć. I pewnie sam byłbym jéj nigdy nie znalazł, gdyby pobudzony niniejszemi badaniami bieg myśli nie był mi wskazał jéj obecności, jako konieczności fizycznéj, i gdybym uważając jéj istnienie za bardzo prawdopodobne, nie był jéj szukał z wielką cierpliwością.

Jeżeli się jednak naczyńko to raz zobaczyło, można je z łatwością rozpoznać prawie w każdym nastrzykanym zwoju.

Za pomocą mikroskopu elektrycznego mogłem w gabinecie fizycznym kol. prof. Wróblewskiego naturę wstrzykniętego jądra zwojowego i środkową żyłkę zwojową w projekcyi szerszemu kołu przedstawić.

Czasem zdarza się, że środkowa żyła zwojowa posiada nieco większą szerokość, aniżeli wyżéj podana, niekiedy do 1 lub 2 μ. Szukający z uciechą wita takie egzemplarze jako przedmioty bardzo pożądane, któremi swoją własną wątpliwość zaspakaja.

W każdym razie żyły środkowe, posiadające szerokości 1—2 μ, są wyjątkami. Tak ważne krążenie krwi w komórce zwojowéj odbywa się więc w rzeczywistości za pomocą żył, których nie mniéj niż 10,000 idzie na jeden milimetr.

Jestto tak dla fizyka jak i dla fizyjologa i patologa zajmującym problematem.

Pomimo niezaprzeczalnéj pewności, że t. z. „jądro" jasno i wyraźnie można nastrzyknąć i że to jądro za pomocą bardzo cienkich a także i grubszych kanałów stoi w związku z żyłami miąższu zwojowego, nie byłbym nadał faktom, które nasze dotychczasowe wyobrażenia o budowie komórki zwojowéj zmieniają, tak wielkiego znaczenia, gdyby wykazany przezemnie układ tętniczy zwoju nie nadawał sam przez się wynikom nastrzykania „jądra" tego znaczenia.

Jeżeli komórka zwojowa rzeczywiście wśród tętniczego leży prądu i ze wszystkich stron przez krew tętniczą jest oblana, to materyjał do odżywienia jéj służący nie w inny sposób jak z powierzchni jéj do wnętrza dostawać się musi, a po oddaniu składników odżywczych musi się zbierać wewnątrz komórki. Jeżeli więc nie chcemy zrobić zupełnie niefizyjologicznego przypuszczenia, że komórka zwojowa ma dopływ tętniczy, a odpływu żylnego nie posiada, to zmuszeni jesteśmy przyjąć przedstawione przeze mnie tłumaczenie moich wyników injekcyjnych.

Inaczéj trzebaby chyba stać na stanowisku wszelki postęp tamującém zaprzeczenia z faktów wysnuwających się wniosków, skoro fakta i wnioski te starym i utartym wyobrażeniom są nie na rękę. (Dok. nast.)

II. Przyczynki do chirurgii jamy brzusznéj.

Podał prof. Dr. Mikulicz w Krakowie.

I. O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

I. *Cystosarcoma ovarii sin.* Silne zrosty z macicą, jelitami i ścianą miednicy. Worek z gazy jodoformowéj wśródotrzewnowy. Wyleczenie w 24 dni po operacyi.

Maryja Winiarska z Głogowian w Królestwie Polskiém, l. 23, wdowa, pochodzi z rodziny zdrowéj i dotąd nigdy cięższych chorób nie przebywała. Regularność pojawiła się w 17 roku i powtarza się odtąd w odstępach prawidłowych. Od 3ch lat od czasu do czasu występują bóle napadami w całym brzuchu, a przed pół rokiem zauważyła pacyjentka po raz pierwszy w brzuchu po stronie lewéj guz wielkości cytryny. Guz ten rósł w ostatnich czasach szybko nie sprawiając zresztą pacyjentce innych dolegliwości. W dniu przyjęcia (7go listopada 1884) znaleziono stan następujący: Pacyjentka wzrostu miernego, dobrze zbudowana, nie źle odżywiona. Organa klatki piersiowéj prawidłowe. Brzuch odpowiadający rozmiarami ciąży 7-miesięcznéj; w jamie brzusznéj można wyczuć guz wielkości głowy chłopca z macicą stojący w bezpośrednim związku, o powierzchni zupełnie gładkiéj. Chełbotania w obec silnego napięcia ścian brzusznych wykazać nie można. Badanie przez pochwę wykazało również w sklepieniu przedniém i boczném lewém guz zrośnięty z macicą. Dnia 8 listopada 1884 przystąpiono do laparotomii. Cięcie w powłokach brzusznych poprowadzono od pępka do spojenia łonowego, a gdy takowe w ciągu operacyi okazało się jeszcze za małém, przedłużono je nieco ku górze. Po otwarciu jamy brzusznéj natychmiast ukazał się guz o powierzchni zupełnie gładkiéj wyraźnie chełboczący. Zrobiono punkcyję trójgrańcem Billrotha, przyczém wypłynęła znaczna ilość płynu krwawo czerwonego zmięszanego z kawałkami tkanki [1]). Po zmniejszeniu guza można się było przekonać, że wychodził z jajnika lewego i był bezpośrednio zrośnięty z boczną ścianą macicy i z kiszką grubą i cienką, jakotéż ścianą miednicy. Zrosty te, po części bardzo silne, odłuszczono prawie wyłącznie drogą tępą, przyczém w jedném miejscu na rozległości kilku centymetrów musiano oddzielić od kiszki cienkiéj błonę surowiczą a po części i mięsną tak, że sama tylko błona śluzowa pozostała nieuszkodzona. Po podwiązaniu i odpaleniu krótkiéj i wąskiéj szypułki i należytém oczyszczeniu jamy otrzewnowéj zamknięto zwykłym sposobem ranę brzuszną wprowadziwszy poprzód przez jéj dolny kąt do miednicy worek z gazy jodoformowéj w sposób wyż opisany.

Dalszy przebieg był zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy. Przez pierwszą dobę chora wymiotowała kilka razy bez wszelkich zresztą zaburzeń. Paski gazy jodoformowéj z worka wyjęto na 3ci dzień; cały worek wyjęto na 5ty dzień i zastąpiono go drenem grubym, na 8cm. długim. Dren ten skracano w następnych dniach a po tygodniu usunięto go zupełnie, 10go dnia usunięto szwy głębokie, 16go i powierzchowne; rana zupełnie zagojona *per primam intentionem.* Dnia 2go grudnia w 24 dni po operacyi pacyjentka opuściła klinikę wyleczona. Badanie guza wyciętego wykazało w nim utkanie mięsakowe. Pacyjentka przedstawiła się w 13 miesięcy ponownie. Wygląda bardzo dobrze i czuje się zupełnie zdrową. Badanie przez powłoki brzuszne i pochwę nie wykazuje żadnych zboczeń. Regularność wróciła już w 6 tygodni po operacyi i odtąd powtarza się w odstępach prawidłowych.

II. *Fibroma parovarii sin.* wrośnięte w miednicę. Wyłuszczenie z miednicy bez utworzenia worka otrzewnowego. Założenie worka z gazy jodoformowéj. Wyleczenie w 21 dni po operacyi.

Taube Katschykowa, lat 42, zamężna, żona handlarza z Złoczowa. Podaje, że prócz duru, który przebyła przed 10 laty nie zapadała zresztą na żadną chorobę. Miesięczne odpływy wystąpiły w 14 roku życia i odtąd pojawiają się w prawidłowych okresach czasu, bez bólu i w miernéj ilości. W 17

[1]) Późniejsze badanie wykazało strzępy tkanki mięsakowéj (*Cystosarcoma).*

roku wyszła za mąż i odbyła 8 porodów lekkich i prawidłowych. Przed półtora rokiem zauważyła chora w lewéj połowie brzucha guz wielkości jaja kurzego, twardy, który łatwo dał się przesuwać i nie sprawiając choréj zrazu dolegliwości dotąd powiększał się stale i jednostajnie, w ostatnich miesiącach w miarę powiększania się guza wystąpiły dolegliwości ze strony pęcherza i utrudnienie w oddawaniu stolca. Miesiączkowanie również jak poprzednio odbywa się całkiem prawidłowo.

Stan obecny. Chora przyjęta do kliniki chirurgicznéj w d. 17 maja 1885 przedstawiła stan następujący. Osoba dobrze zbudowana i odżywiona nie okazuje w narządach klatki piersiowéj żadnych nieprawidłowości. Granice wątroby i śledziony normalne. Brzuch, wzdęty zwłaszcza w dolnéj połowie i to więcéj po stronie lewéj, liczy w największym obwodzie przez pępek 110cm. Powłoki brzuszne grube i jędrne, miernie napięte okazują liczne blizny poporodowe, linija środkowa lekko brunatno zabarwiona, pępek wydatny. Przy obmacaniu wyczuć można śród brzucha guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny, zajmujący przeważnie lewą połowę brzucha, którego granica górna dochodzi linii poziomej, przez pępek pociągniętéj. Przechodząc na prawo o 3cm. po za liniję środkową, dosięga na lewo okolicy, leżącéj w przedłużeniu przedniéj linii pachowéj; granica dolna leży tuż powyżéj lewego więza Pouparta. Powierzchnia guza niejednostajnie gładka, zbitość średnia, ruchomość ograniczona. Opukiwanie wydaje odgłos stłumiony w granicach odpowiadających położeniu guza. Badanie przez pochwę wykazuje wyciągnięcie ku górze części pochwowéj, tak że ją zaledwo końcem palca dosięgnąć można; przy ruchach guza również i część pochwowa bierze udział.

D. 19 maja poprowadzono cięcie od spojenia łonowego ku pępkowi w linii środkowéj brzucha długie na 10 centymetrów. Po otwarciu jamy brzusznéj ukazał się guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny, okryty powłoką otrzewnową ściśle zrośniętą ze ścianami guza, w któréj szerzyły się sploty grubych żył. Po wprowadzeniu ręki do jamy brzucha wyważono z głębi guz, który prócz kilku zrostów cienkich i długich całkiem wolno zresztą zalegał miednicę wielką; w miednicy małéj zaś bezpośrednio przechodził w ścianę lewą téjże, usadowiony między blaszkami więzadła szerokiego macicy, która wyparta była ku stronie przeciwnéj. Podwiązawszy trąbkę i grube naczynia, za pośrednictwem których zostawał guz w związku z macicą, odcięto przy podstawie jego powłokę otrzewnową, otaczającą guz do koła, poczém usunięto guz z jamy brzusznéj drogą tępą, a wszystkie naczynia krwawiące najstaranniéj ujęto w podwiązki z jedwabiu. Po oczyszczeniu dokładném jamy brzusznéj z nagromadzonéj tamże w miernéj ilości krwi i cieczy puchlinowéj wsunięto aż na dno rany w miednicy przez wyłuszczenie guza powstałéj bezpośrednio worek z gazy jodoformowéj i wypełniono takowy trzema paskami gazy jodoformowéj, których końce wraz z szyją worka umieszczono w dolnym kącie rany brzusznéj zewnętrznéj. Zresztą zespojono i opatrzono ranę jak zazwyczaj. Wyłuszczony guz okazywał kształt jajowaty, nieco ku stronie prawéj przewężony, tak że można było odróżnić dwie jego części, jednę większą wielkości głowy dorosłego mężczyzny, drugą mniejszą wielkości główki dziecka (która tkwiła w małéj miednicy). Ciężar jego wynosił $6^1/_2$ kilogr., a badanie pod mikroskopem wykazało utkanie odpowiadające zbitemu włókniakowi. Przebieg pooperacyjny odbywał się prawie bezgorączkowo. Ciepłota raz tylko w dniu ósmym po operacyi dosięgła 38·1, najwyższa liczba tętna wynosiła drugiego dnia 100. Pierwszego i drugiego dnia po operacyi wymiotowała chora kilkakrotnie, przyczém uskarżała się na ból piekący w saméj ranie. Przypady te sfolgowały znacznie w dniu trzecim, a dnia czwartego w zupełności ustąpiły.

D. 21, a więc we dwa dni po zabiegu operacyjnym, usunięto paski gazy jodoformowéj, wprowadzone do wnętrza worka, przyczém znaleziono opatrunek przesiąknięty mierną ilością wydzieliny surowiczo-krwawéj. Zaopatrzono ranę jak poprzednio wsuwając w głąb worka w miejsce pasków gazy dren długi na 5cm.

D. 22 i 23. Stan ogólny choréj zadowalający; podano choréj, która dotąd zachowywała ścisłą dyjetę, mleko łyżkami.

D. 24 zmiana opatrunku, przyczém wydobyto w zupełności worek wprowadzając natomiast dren średnicy palca małego. Ilość wydzieliny skąpa.

D. 26 przecięto dolne dwa szwy płytkowe, dren skrócono o jedną trzecią część jego długości.

D. 29 chora czuje się zupełnie dobrze. Przy zmianie opatrunku wyjęto wszystkie szwy płytkowe i szwy jedwabne głębokie, pozostawiając jedynie szew kuśnierski. Brzegi rany zlepione przez rychłozrost, z wyjątkiem dolnego kąta, w którym tkwi sączek. Dren skrócono daléj.

D. 31 usunięto w zupełności dren, jakotéż szew kuśnierski.

D. 5 czerwca rana zewnętrzna brzuszna w zupełności zabliźniona, a chora po założeniu paska brzusznego opuściła łóżko. Siły choréj niebawem poprawiły się tak, że bez wysiłku może przechadzać się czas dłuższy. D. 9, w 21 dni po operacyi, zupełnie uleczona opuściła zakład kliniczny.

III. *Cystis dermoidalis* lewego jajnika, zropiała i z całém otoczeniem ściśle zrośnięta. Wyłuszczenie. Worek z gazy jodoformowéj w jamie otrzewnowéj. Operowana opuszcza klinikę w 24 dni po operacyi.

Maryja Rosenzweigowa, 35 lat licząca, zamężna, ze Stobnicy w Królestwie Polskiém. Menstruacyja pojawiła się w czternastym roku życia i była zawsze prawidłową; rodziła raz jeden przed dwunastu latami. Po porodzie chorowała przez pięć miesięcy *(Para- et Perimetritis)* i od tego czasu czuje się ciągle osłabioną. W trzy lata po porodzie zauważyła guz w okolicy pępka. Gdy skóra po nad guzem mocno się zaczerwieniła, lekarz przyzwany przeciął go i wypuścił znaczną ilość ropy. Powstała przetoka, która się nie zagoiła mimo różnych zabiegów i wydzielała ropę przez cały szereg lat. W skutek tego udała się chora do Warszawy, gdzie w szpitalu żydowskim wykonano operacyję, po któréj się przetoka zagoiła. Kilka tygodni późniéj utworzył się znowu ropień; po przecięciu tego wydobyto tym razem obok ropy znaczną ilość włosów oraz kość kształtu zęba. Po kilku miesiącach rana się zagoiła, chora czuła się silniejszą, atoli w brzuchu zawsze mogła sama wybadać guz po nad talerzem kości biodrowéj. Przed miesiącem chora zaniemogła znowu; wystąpiło rozwolnienie, utrzymujące się do obecnéj chwili, również guz stał się bardzo bolesnym, a po stronie lewéj brzucha powstał ropień, który przed kilkoma dniami pękł.

Dnia 15 czerwca r. 1885 przybyła chora do kliniki chirurgicznéj, gdzie znaleziono stan następujący: Kobieta wzrostu średniego, wątło zbudowana, nędznie odżywiona, mocno niedokrewna. W organach klatki piersiowéj nie ma zboczeń; wątroba i śledziona rozmiarów prawidłowych. Cie-

płota ciała normalna, tętno regularne, nikłe. Brzuch obwisły, skóra na nim pomarszczona, w wysokie fałdy ująć się dająca, mięśnie proste brzucha przedstawiają znaczny rozstęp. Od pępka aż do spojenia łonowego i przetoki nad kolcem kości biodrowéj leżącéj ściana brzuszna zamieniona w jedną bliznę, ściśle zrośniętą z częściami głębszemi. W dolnéj części brzucha po stronie lewéj znajduje się guz, sięgający od linii środkowéj ciała do okolicy lędźwiowéj, od przedniego kolca kości biodrowéj aż do wysokości pępka, o powierzchni nierównéj, guzkowatéj, konsystencyi elastycznéj z opisaną blizną ściśle zrośnięty. Odgłos po nad guzem stłumiony, w innych częściach brzucha bębenkowy. Chełbotania wykazać nie można. Guz prawie nieruchomy. Na dolnym jego brzegu znajduje się w ścianach brzusznych przetoka wchodząca w sam guz, przez którą wydobywa się cuchnąca rzadka ropa, zawierająca krótkie włosy. Część pochwowa macicy w osi miednicy ułożona, zanikła, macica ku górze wysunięta, poruszająca się przy ucisku na guz przez powłoki brzuszne. Dn. 27 czerwca cięcie w linii środkowéj, rozpoczynające się kilka centymetrów po nad pępkiem, zmierzało ukośnie ku dołowi i na zewnątrz a dzieląc się we dwa cięcia eliptyczne obejmowało część istniejącéj blizny oraz otoczenie przetoki. Wydobycie torbiela przedstawiało niezmierne trudności, a stały mu na przeszkodzie liczne zrosty z siecią, jelitami, pęcherzem, macicą i ścianą miednicy. Ani jeden cal powierzchni torbiela nie był wolnym od silnych zrostów. Przy oddzielaniu zrostów od *flexura sigmoidea* ściana téjże uległa przedarciu w rozległości dwóch centymetrów. W miejscu przedarcia założono zaraz szew jelitowy. Również cała prawie tylna ściana pęcherza została nadwyrężoną tak, że na przestrzeni równającéj się wielkości dłoni pozostała tylko błona śluzowa pozbawiona warstwy mięsnéj i surowiczéj. Zrośnięcie torbiela z wewnętrzną powierzchnią talerza kości biodrowéj było tak ścisłe, że w miejscu odpowiadającém położeniu wielkich naczyń i moczowodu z obawy uszkodzenia tychże musiano pozostawić część ściany torbiela, którą po wyskrobaniu przypalono termokauterem. W obec silnego zapadu nie chciałem już przedłużać operacyi zakładaniem szwu pęcherzowego wskazanego odsłonięciem błony śluzowéj. Po dokładnem wyczyszczeniu jamy otrzewnowej założono do miednicy worek z gazy jodoformowéj, do którego wprowadzono cztery paski gazy. Ranę zespojono zresztą zwykłym sposobem. Opatrunek uciskający. *Catheter à demeure*. Guz wielkości głowy chłopca przedstawił się jako wielokomorowy torbiel skórzakowy, zawierający całe zwoje włosów, po większéj części zropiały.

Przez kilkanaście pierwszych godzin po operacyi objawy silnego zapadu. Następnego dnia chora bardzo słabiona, nieprzytomna, tętno nitkowate zaledwie wyczuwalne. Ciepłota niższa od normalnéj. Podano środki podniecające.

30/6 stan ogólny lepszy, ciepłota normalna, tętno pełniejsze, 112 uderzeń na minutę. Zmieniono opatrunek; powierzchowną gazę przesiąkniętą krwią zastąpiono świeżą.

2/7 chora nie gorączkuje, przytomna, wiatry odchodzą, w nocy było wolne wypróżnienie. Przy zmianie opatrunku wyjęto z worka dwa paski gazy.

4/7 stan zupełnie zadowalający. Usunięto cały worek z gazy jodoformowéj, a w miejsce jego założono gruby dren. Rana w górnéj połowie zgojona przez rychlozrost, w dalszéj połowie w zakresie blizny na brzegach nekroza. Wyjęto szwy płytkowe.

7/7. Przy zmianie opatrunku spostrzeżono, że tenże przesiąknięty jest moczem; założono znowu kateter od dwóch dni usunięty. Jamę ranną przestrzykano roztworem kwasu salicylowego (3‰) i mięszaniną gliceryny z jodoformem (10:1).

9/7. Mocz odpływa w większéj ilości cewnikiem, częścią przez dren. Codzienna zmiana opatrunku, przestrzykiwanie kw. salicylowym i mięszaniną jodoformu.

11/7 wyjęto szwy jedwabne.

17/7 mocz przez ranę więcéj nie odpływa; wyjęto kateter i polecono wprowadzać go co kilka godzin. Ilość wydzieliny znacznie mniejsza, skrócono dren.

21/7. Chora z raną zagojoną prócz miejsca, gdzie pozostawiono sączek około 5cm. długi, opuszcza zakład kliniczny znacznie lepiéj odżywiona i silniejsza, z poleceniem zasięgania rady lekarskiéj w domu i przedstawienie się po wakacyjach.

Pacyjentka przedstawiła się w grudniu roku ubiegłego zupełnie zdrowa i dobrze odżywiona. Miejscowo oprócz rozstępu mięśni prostych i pozostałych blizn żadnych zmian chorobowych wykazać nie można. (C. d. n.)

III. Z kliniki okulistycznéj prof Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj za r. 1883 i 1884 i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. F. Marcisiewicz,
asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

2. Zaćmy powikłane.

Zaćm powikłanych z innemi cierpieniami oka operowano 12.

1) Raz było cierpienie woreczka łzowego (*blennorrhoea sacci lacrym.*); pomimo iż przez poprzednie wprowadzanie sondy Bowmana doprowadzono do tak znacznego polepszenia, iż nic z woreczka wygnieść nie można było, jakoteż pomimo prawidłowego przebiegu operacyi (*Graef. extract. lin. prf. mdf.*), wypłukania worka spojówkowego kwasem borowym przed operacyją a zasypania jodoformem po téjże, wystąpiło drugiego dnia ropne zapalenie rogówki i tęczówki (*Kerato-iritis suppurativa*), które w następstwie zanik oka a tém samém zupełną utratę wzroku sprowadziło.

2) Raz mieliśmy zaćmę schyłkową powikłaną z jaskrą; światło stoczka poznawała chora na 6·0, lokalizacyja niepewna. Przed 2 miesiącami wykonano irydektomiję; z powodu braku komórki przodkowéj poprowadzono nożykiem linearnym cięcie równocześnie przez torebkę soczewkową. Pomimo zresztą prawidłowego przebiegu operacyi i po operacyi, chora poznawała tylko stoczek na 6·0 w chwili wystąpienia z kliniki z powodu grubéj *cat. secund.*; uzupełniającéj operacyi poddać się nie chciała. Tn., kom. przodkowa przywrócona. Oka więc tego za stracone uważać nie należy, wszelkie bowiem były warunki pomyślnego wyniku następnéj operacyi.

3) Dwa razy operowano zaćmę powikłaną z wyższym stopniem krótkowidzenia; u jednego przebieg operacyi był prawidłowym, w drugim był mierny upływ ciałka szklanego z następową lekką *iritis*. Wynik co do wzroku był w obu razach mierny (palce 3·5) z powodu zmian chorobowych na dnie oka.

4) Raz była zaćma powikłana *cum chorioditide disseminata*; wynik dobry $V^{6}/_{24}$.

5) Raz operowano zaćmę dojrzałą dosyć silnie nadwichniętą metodą *Graef. mdf. pf.* z użyciem łyżeczki Graefego

i z odpływem ciałka szklanego, wynikiem niepomyślnym o tyle, iż pozostała w znacznéj ilości kora zatykając całą źrenicę uniemożliwiła widzenie, chora zaś pomimo jak najlepszych warunków do operacyi poddać jéj się nie chciała.

6) Raz operowano zaćmę powikłaną z zanikiem pozapalnym nerwu wzrokowego, pomimo najlepszych warunków optycznych chora nie liczyła zupełnie palców. Tarcza nerwu wzrokowego była blada, tętnice i żyły cienkie.

7) 2 razy operowano zaćmę powikłaną z licznemi przyczepinami tęczówkowemi. W obu razach V. = $^6/_{60}$.

8) 3 razy operowano zaćmę powikłaną z blizną rogówkową (raz z wrośnięciem tęczówki), z miernym wynikiem co do wzroku: palce na 3·5.

3. Zaćmy następcze.

1) Zaćm powstałych w następstwie *Irido-chorioiditis chronica* operowano 9 u 7 chorych. 6 razy sposobem obwodowym lin. Graefego, raz dawnym sposobem linijowym z irydektomiją, w dwóch zaś razach z powodu zupełnego braku kom. przodkowéj za pomocą ekstrakcyi według Wencla. Przebieg po operacyi był zupełnie prawidłowy wyjąwszy ostatnie 2 przypadki, u których wytworzył się powolny zanik gałki ocznéj. W 2 oczach osiągnięto bystrość wzroku dobrą ($V ^6/_{18}$, $^6/_{24}$), w czterech mierną (3·0—5·0 palce), w 3 V=0.

2) Zaćm urazowych operowano 3; w 2 użyto dawnéj ekstrakcyi linijowéj z irydektomiją z wynikiem pomyślnym ($^6/_{24}$, $^6/_{36}$); w trzecim zaś, gdzie jądro było twarde a ciało obce (kawałek kapzli) tkwiące od 10 lat w miąższu soczewki było widoczném, użyto metody obwodowéj linijowéj Graef. przy czém wynik, z powodu przebytéj *irido-kyklitis* był miernym (palce 3·5).

3) Z pozostałych ośmiu zaćm, operowanych zapomocą rozcięcia albo wydobycia linijowego nożykiem grotowym sześć było wrodzonych, dwie zaś w pierwszych latach życia nabytych. W pierwszych sześciu mimo pomyślnego przebiegu operacyi chorzy prawie nic nie widzieli *(amblyopia ex anopsia)* w dwóch ostatnich liczyli palce na kilka metrów.

B) Jaskra (*Glaucoma*).

Ogółem przyjęto do kliniki stałéj w przeciągu dwóch lat 32 chorych jaskrą pierwotną dotkniętych (13 m., 19 k.). Pod względem wieku zachodził następujący stosunek:

	M.	K.	R.	
30—40	—	1	1	= 3·12%
40—50	—	8	8	= 25·00
50—60	5	8	13	= 40·62%
60—70	6	2	8	= 25·00
70—80	2	—	2	= 6·25
Razem	13	19	32	

Zgodnie z wykazami z innych klinik największa liczba chorych przypada na szósty dziesiątek lat; na czwarty przypada zaledwie jeden chory; poniżéj 30go roku życia nie spotkaliśmy się z żadnym. Błędném byłoby jednak chcieć wysnuwać z powyższego wykazu wniosek, jakoby jaskra była wyłącznie chorobą wieku starszego. Pewném jest, że po pięćdziesiątym roku życia występuje ona najczęściéj, nie zbyt rzadkie są jednak przypadki téjże już między 30 a 40 rokiem, w wieku młodzieńczym i dziecięcym spotykamy ją tylko wyjątkowo. Że w sprawozdaniu niniejszém spotykamy się zaledwie z jednym przypadkiem poniżéj 40 roku życia, jest to trafem, odgrywającym zazwyczaj tém wybitniejszą rolę, im mniejszą jest liczba spostrzeżeń.

Wiadomo, iż jaskra w przeważnéj liczbie przypadków nagabuje, chociaż nierównocześnie, obadwa oczy. Graefe pierwszy zwrócił uwagę na różnicę, jaka zachodzi pod tym względem między jaskrą prostą i zapalną. Podczas gdy pierwsza zajmuje zazwyczaj obadwa oczy w krótkim czasie jedno po drugiém, zapalna pozostawia często przez długi jeszcze czas, a niekiedy nawet na zawsze, drugie w spokoju. U 21 chorych (65·62%) były oba oczy zajęte, u 11 (34·37%) zaś tylko jedno. Między ostatniemi spotykamy się prawie wyłącznie z jaskrą zapalną, która w trzech przypadkach, pomimo dwuletniego trwania na jedném oku, drugiego dotąd wcale nie zajęła. U jednego chorego stwierdzono jaskrę prostą na jedném oku, trwającą już od 3 lat, a mimo to było drugie (lewe) oko wolne. Przypadek ten jest jednak o tyle niezwykłym, że to oko od 30 lat pozbawione było poczucia światła, wziernikiem zaś można było wykazać rozległy zanik naczyniówki i nerwu wzrokowego. W 21 przypadkach obuocznego cierpienia czas między wystąpieniem jaskry na jedném i drugiém oku był rozmaicie długim. Najdłuższa przerwa wynosiła cztery lata, w 2 przypadkach jaskry prostéj i 2 zapalnéj wystąpiło cierpienie równocześnie na obu oczach. — Gdy nierzadko postać jaskry różną była na obu oczach tego samego chorego, najwłaściwiéj więc będzie podać liczbę nie chorych, lecz ócz dotkniętych rozmaitemi postaciami choroby.

Otóż licząc według ócz przypada na jaskrę prostą 8 (4 m., 4 k.), zapalną 27 (8 m., 19 k.), bezwzględną 18 (7 m., 11 k.)

Uderzającą jest w powyższém zestawieniu znaczna przewaga kobiet (59·3%) nad mężczyznami (40·6%), licująca ze zdaniem niektórych autorów, że kobiety częściéj od mężczyzn podlegają jaskrze. Przeglądając wykazy statystyczne różnych zakładów napotykamy między niemi istotnie i takie, któreby za tą przewagą płci żeńskiéj przemawiały, podczas gdy inne dowodzićby się zdawały nawet wprost odwrotnego stosunku. Zliczywszy liczby objęte jednemi i drugiemi, przychodzi się w końcu do tego przekonania, że płeć nie odgrywa w téj mierze wpływu wybitnego, że zatém i znaczna przewaga kobiet w naszém sprawozdaniu jest przypadkową. Natomiast nie ulega już dziś wątpliwości, że różne postacie jaskry różnie rozkładają się według płci, mianowicie, że jaskra prosta częściéj nagabuje mężczyzn od kobiet, podczas gdy te częściéj podlegają postaciom zapalnym. Prof. Rydel był właśnie pierwszym, który już przed 20 laty (w sprawozdaniu z kliniki wiedeńskiéj za lata 1863 do 1865 r.) zwrócił uwagę na ten stosunek, tłumacząc go zarazem w ten sposób, że nawały krwi do głowy i oka po ustaniu miesiączki dają u kobiet bezpośredni powód do wybuchów zapalnych.—Na 53 ócz dotkniętych jaskrą przypada 18 pozbawionych zupełnie poczucia światła; w pozostałych 35 upośledzenie wzroku było bardzo różném, od bardzo nieznacznego aż do utrzymania tylko ilościowego poczucia światła. W ogóle robiono ciągle to smutne spostrzeżenie, że wielu chorych szuka pomocy zbyt późno. Dowodzi tego właśnie wysoka odsetka (33·9%) ócz, dotkniętych jaskrą bezwzględną. Zbyt często niestety znajdujemy się w tém przykrém położeniu, że choremu, przybyłemu nieraz z dalekich stron, odmówić musimy wręcz wszelkiéj nadziei odzyskania wzroku, jedynie dlatego, iż z powodu późnego okresu choroby wszelkie nasze zabiegi byłyby pod tym względem daremnemi. Niespełna przed rokiem przybyła do kliniki kobieta, mieszkająca stale w Krakowie, która, nie szukając nigdzie porady, pomimo iż klinikę miała pod bokiem, ociemniała na oba oczy bezpowrotnie skutkiem jaskry. Bardzo dużo nie-

stety mógłbym przytoczyć takich nieszczęśliwych, którzy padli ofiarą tak silnie zakorzenionych w społeczeństwie przesądów. Rzecz tę uważając za bardzo doniosłą nie chciałem jéj pominąć zupełnie milczeniem, sądzę bowiem, iż my lekarze możemy znacznie przyczynić się do zmniejszenia złego, przedstawiając chorym na jaskrę już w samym początku całą nagą prawdę, całe groźne dla wzroku niebezpieczeństwo, które tylko wczesne wykonanie operacyi usunąć może.

Irydektomij wykonano ogółem 43. W celu utrzymania a względnie przywrócenia wzroku operowano 35 razy; w celu usunięcia dolegliwych bólów lub téż zapobieżenia zwyrodnieniu jaskrowemu wykonano ośm irydektomij. W jednym przypadku jaskry bezwzględnéj wyluszczono gałkę oczną z powodu rozległego ropienia rogówki i silnych bólów. Na 9 oczach pozbawionych poczucia światła nie wykonano żadnéj operacyi. W jednym przypadku wystąpienie zapalenia płuc zniewoliło nas do zaniechania operacyi, raz zaś sam chory dopuścił operacyję tylko na jedném oku, pomimo, iż obadwa miał jaskrą zajęte. — Ku górze wykonano 31 irydektomij, 12 zaś ku dołowi; ten ostatni kierunek wybierano tylko w razie koniecznéj potrzeby, tak np. jeśli tęczówka w ogóle zanikła, ku dołowi wyglądała jeszcze względnie najlepiéj, lub téż jeśli zachodziła potrzeba powtórzenia operacyi. Jak już powyżéj, mówiąc o zaćmach, wspomniałem, wystąpiło u jednéj choréj 14go dnia po prawidłowo przebytéj ekstrakcyi obwodowéj Graefego podwyższenie ucisku śródocznego; w przypadku tym wykonano irydektomiję od dołu z pomyślnym skutkiem.

Przebieg operacyi był zupełnie prawidłowym w 35 przypadkach; w ośmiu zaszły następujące zboczenia:

1) Silny krwotok do komórki przodkowéj bezpośrednio po wycięciu tęczówki wydarzył się 4 razy i to właśnie u tych chorych, u których przed operacyją energicznie zapuszczano ezeryn.

2) Raz wypadło cięcie w rogówce w kształcie płata, przez co opóźniło się znacznie gojenie się ranki, a jeden brzeg szczeliny tęczówkowéj wrósł w bliznę.

3) 3 razy wycięto tęczówkę za wązko, skutkiem czego w dwóch przypadkach musiano operacyję powtórzyć.

Sprawa gojenia odbywała się zupełnie prawidłowo, w następujących tylko kilku przypadkach wystąpiły zboczenia od przebiegu prawidłowego:

1) 3 razy wystąpiła *iritis adhaesiva*, nie sprowadzając żadnych następstw szkodliwych.

2) Wrośnięcie jednego lub obu brzegów szczeliny tęczówkowéj w bliznę i lekkie wydęcie ostatniéj wydarzyło się 4 razy, przeważnie w oczach jaskrą bezwzględną zajętych.

3) Krwotok do ciałka szklanego i siatkówki wystąpił 2 razy; w jednym przypadku po 6 injekcyjach pilokarpinu, w drugim bez żadnych zabiegów leczniczych ustąpiła krew bez śladu.

4) Raz po prawidłowéj irydektomii na oku jaskrą bezwzględną zajętém, wystąpiła soczewka drugiego dnia po operacyi z oka pod spojówkę, zkąd wydalono ją na zewnątrz bez szkodliwych następstw dla oka.

5) W trzech wreszcie przypadkach prawidłowéj zupełnie operacyi gojenie ranki i wypełnienie się komórki przodkowéj przewlekało się znacznie bez wiadoméj przyczyny.

Wyniki operacyjne odpowiadały we wszystkich przypadkach w zupełności rokowaniu z wyjątkiem trzech, w których ucisk śródoczny dopiero po powtórnéj irydektomii uległ stałemu obniżeniu. (Dok. nast.)

IV. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

I.

Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna?

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Sądzę, że uczyniłem w zupełności zadość życzeniu szan. autora i poparłem „dowodami naukowemi" twierdzenie stanowcze, że w przypadku, o którym mowa, można było przypuścić tylko otrucie sinkiem potasu, a należało z góry wykluczyć wszelkie inne trucizny. Wiem aż nadto dobrze z własnego doświadczenia, że zmiany anatomiczne, cechujące otrucie sinkiem potasu, nie występują we wszystkich przypadkach, lecz tylko w przypadkach wybitnych. Liczne przypadki otrucia sinkiem potasu, które widziałem w Krakowie, a zwłaszcza we Wiedniu, gdzie one często się zdarzają, mogę podzielić na 2 kategoryje: albo użytą została dawka duża preparatu świeżego, a wtedy były zmiany takie, jak je opisuje Hofmann; albo użytą została dawka mniejsza, lub preparat był nieczysty, lub wreszcie trucizna zażytą została w płynie kwaśnym lub treść żołądkowa była kwaśną,— wtedy zmiany anatomiczne bywały nieznaczne. Na tę różnicę zwrócił uwagę odrazu Hofmann, a zgadza się w téj mierze z nim w zupełności Lesser (l. c.). Prof. F. musiał téż przypadek, o którym mowa, uważać za wybitny, skoro na podstawie oględzin żołądka i jelit oświadczył stanowczo, że zmiany takie pochodzić mogą tylko z otrucia. Dzięki postępowi nauki doświadczony lekarz sądowy obecnie, nabrawszy przekonania, że ma przed sobą przypadek wybitny otrucia, jest zarazem w stanie z największém podobieństwem do prawdy, graniczącém o pewność, podać odrazu rodzaj trucizny, nie oglądając się na wynik badania chemicznego. Do tych przypadków należą głównie otrucia wybitne za pomocą tlenku węgla, kw. siarkowego, fosforu, chloranu potasowego, kw. karbolowego, ługów, sinku potasu. W przypadkach takich częstokroć na pierwszy rzut lekarz mający nieco większe doświadczenie rozpoznaje, jaka trucizna stała się przyczyną śmierci, i jak w przypadku wyżéj przezemnie przytoczonym z r. 1875 ówczesny asystent zakładu anat. patol. odbywszy sekcyję rozpoznał odrazu otrucie sinkiem potasu, tak otrzymuję z tegoż zakładu zwłoki, po odbyciu na nich sekcyi klinicznéj przez jednego z asystentów, z gotowém rozpoznaniem otrucia kw. siarkowym, fosforem, sinkiem potasu, a nie przypominam sobie, aby rozpoznanie takie kiedykolwiek okazało się błędném. Dla osiągnięcia atoli pewności zupełnéj lekarz sądowy posługuje się jeszcze na miejscu pewnemi próbami wstępnemi. Pomijając otrucie tlenkiem węgla, które rozpoznajemy nie tylko bez pomocy chemików, ale nawet i przed sekcyją, gdyż wystarcza odjęcie trupowi małéj ilości krwi i zbadanie jéj, co każdym razem praktykuje się w zakładzie tutejszym,—pomijam i inne próby wstępne, np. w obec prawdopodobnego otrucia fosforem, chloranem potasowym itd.,— lecz przypominam, że lekarz sądowy podejrzywając jakiekolwiek otrucie bada przedewszystkiém oddziaływanie treści żołądka[1]), a przypuszczając otrucie kw.

[1]) „Die Reaction des Mageninhaltes zu prüfen darf *niemals* unterlassen werden u. kann namentlich bei Vergiftungen mit stark sauren oder stark alkalischen Substanzen eine *hohe* Bedeutung

pruskim lub sinkiem potasu stósuje próbę Schönbeinowsko-Preyerowską [1]), a wiadomo, że wynik dodatni téj próby jest bardzo ważnym i uprawnia do rozpoznania otrucia kw. pruskim lub sinkiem potasu a do wykluczenia otrucia nitrobenzolem; dopiero w razie jeżeli wynik jéj jest ujemny, szukamy pomocy we właściwém dochodzeniu chemicznêm. Lekarz sądowy, nie mający jeszcze należytego doświadczenia, a który może nigdy podobnego otrucia jeszcze nie widział, radzi sobie, jak może: nie znalazłszy przy sekcyi przyczyny śmierci a podejrzywając otrucie ucieka się pod opiekuńcze skrzydła znawców chemików i od nich żąda rozwiązania zagadki; czyni on zadość swemu obowiązkowi, jeżeli trzewa *lege artis* wyjęte i podwiązane oddaje w ręce sędziego, a poprzestając na téj czynności częstokroć nie udziela chemikom żadnéj wskazówki, bo udzielić jéj nie może. Inaczéj całkiem ma się rzecz, jeżeli biegły anatom i lekarz sądowy rozpoznaje prawie z pewnością otrucie; „wtedy jest on zarazem w stanie oznaczyć rodzaj trucizny użytéj, jak np. kw. siarkowego, fosforu, sinku potasu, tlenku węgla“ [2]). Od zdania tego nie mogę odstąpić ani na jotę. Gdyby więc szan. przeciwnik abstrahując zupełnie od opisu żołądka, podanego przez pierwszego obducenta, lub uznawszy opis ten za mylny, na uwagę zasługiwać nie mogący, abstrahując następnie od okoliczności pobocznych, a polegając wyłącznie na swoim własnym opisie był odrazu orzekł, że ma przed sobą otrucie sinkiem potasu, a orzeczenie to był poparł dodatnim wynikiem próby Preyera, miałby prawo trwać przy swojém orzeczeniu nawet pomimo ujemnego wyniku badania pp. chemików; a nawet w razie ujemnego wyniku próby Preyera musiałbym mu przyznać konsekwentność, gdyby rozpoznawszy zrazu stanowczo otrucie sinkiem potasu w obec ujemnego wyniku badania pp. chemików twierdził, że mimo to wszystko nie może wykluczyć otrucia tego.

Jeżeli jednak badania zwłok dokonał jeden z najdoświadczeńszych w kraju anatomów, a jeżeli, jak dowodzą akta sądowe,

1) tenże wprawdzie odrazu oświadczył się niemal z pewnością za otruciem, jednak rodzaju trucizny nie tylko nie wymienił, ale co większa, wytłumaczenia jéj spodziewał się dopiero po badaniu przez chemików;

2) jeżeli tenże w dzień po obejrzeniu żołądka żądał udzielenia sobie kawałka serca dla zbadania drobnowidowego;

3) jeżeli tenże w parę dni późniéj dowiedziawszy się o wyniku badania chemicznego (wykryciu arsenu) zwraca Sędziemu ów kawałek serca z dodatkiem, że w obec wyniku badania chemicznego badanie drobnowidowe jest zbytecznêm;

4) jeżeli tenże dopiero w miesiąc późniéj w orzeczeniu ostatecznêm po raz pierwszy wspomina o otruciu kw. pruskim lub sinkiem potasu, a obok tego przypuszcza możność otrucia dygitaliną, nitrogliceryną, nitrobenzyną itp., a więc przypuszcza możność, że i inne jeszcze trucizny, lub nawet „mięszanina podobnych istot“ zostały użyte, —

pytam się, czy czytający akta nie musiał koniecznie wynieść wrażenia, że całe postępowanie znawcy było bardzo chwiejne, zdradzające wielką niepewność? A przecież orzeczenie Wydziału wyraża się oględnie: „że znawcy musieli mieć wątpliwość“, że „nie mieli pewności“.

A jeżeli następnie z aktów wynika:

1) że lekarze sądowi nie oświadczają się stanowczo za żadną trucizną, ale natomiast wymieniają kilka trucizn, —

2) że badanie chemiczne nie wykazuje żadnéj trucizny, —

3) że objawy chorobowe za życia nie odpowiadają temu otruciu, które jedynie można było przypuścić,—

4) że wreszcie okoliczności poboczne (o ile z aktów wynika) nie tylko nie utwierdzają w podejrzeniu trucizny, ale nawet przeciw niemu przemawiają,—

pytam się, czy i jaką w danym przypadku miał Wydział podstawę do przypuszczenia otrucia?

A mimo to po stanowczém wykluczeniu wszystkich innych trucizn, za któremi nic absolutnie nie przemawiało, Wydział liczył się z otruciem za pomocą sinku potasu, głównie z powodu, że znawca tak poważny, jak prof. F., po obejrzeniu żołądka oświadczył stanowczo, że „zmiany znalezione w żołądku i jelitach są takie, jakie mogą powstać tylko przez otrucie, nigdy zaś w sposób samoistny“. Twierdzenia tego Wydział nie mógł i nie chciał lekceważyć; jednak po uwzględnieniu wszystkich okoliczności musiał dojść do wniosku, że „nie ma podstawy do uzasadnienia otrucia“. W orzeczeniu niepodobna było rozwodzić się nad motywami obszerniéj, muszę je więc tutaj podać, jakkolwiek i tu ze względu na szczupłość miejsca postarać się muszę o zwięzłość.

1) Nasunęła się wątpliwość wielka, czy obraz anatomiczny żołądka był tak wybitnym, aby usprawiedliwił przy-

erlangen“, powiada Hofmann, a zgadza się z nim prof. F., pisząc w swoim Podręczniku: „Oddziaływanie treści żołądkowéj kwaśne lub alkaliczne dostarcza bardzo ważnéj wskazówki do rozpoznania istoty trującéj przy otruciach kwasami lub ługami“.

[1]) W broszurze swéj prof. F. tłumaczy się, że nie mógł prób tych wykonać i czyni nawet Wydziałowi zarzut niesprawiedliwego posądzenia go o zaniechanie tych prób, skoro Wydziałowi z aktów wiadomo było, że pp. obducenci nie zastali już żołądka z treścią przy zwlokach. Wiedział o têm istotnie z aktów Wydział, ale nie mógł zataić zdziwienia swoje, że prof. F. mając dnia następnego żołądek w swoich rękach, skoro go opisał, a oświadczając się stanowczo za otruciem, nie zbadał oddziaływania jego treści i nie zastósował próby Preyera. Na zarzut ten odpowiada autor broszury: „Skoro żołądek oddany został pp. chemikom, lekarze sądowi nie mogli bez ubliżenia im, wkraczać w ich pracowni w ich czynności!“ PP. chemicy lwowscy snać muszą być bardzo czuli, skoro przyłożenie papierka lakmusowego lub bibuły Schönbeinowskiéj mogliby uważać za obrazę honoru! Ale dlaczego w takim razie prof. F. nie żądał, aby oni sami natychmiast próbę tę uskutecznili? Mógłbym podnieść jeszcze zarzut, dlaczego prof. F., wyjąwszy przy sekcyi 3 łyżki krwi z trupa, nie uskutecznił na niéj próby Preyera, a wiadomo każdemu lekarzowi sądowemu, że Maschka i Liman każą badać za pomocą odczynnika Preyerowskiego nie tylko treść żołądka i pęcherza moczowego, ale i krew. Każdy inny na mojém miejscu zapytałby się prof. F. w obec powyższego tłumaczenia się jego, dlaczego mając aż 3 łyżki krwi nie zastósował próby Preyera, zwłaszcza gdy nie twierdzi, jakoby badanie krwi nie mogło doprowadzić do rezultatu ścisłego. Ja jednak zarzutu tego nie podnoszę, ponieważ co do oddziaływania odczynnika Preyerowskiego na krew odmienne od powyższych autorów mam zdanie.

[2]) Ustęp ten z orzeczenia Wydziałowego prof. F. w broszurze swéj na str. 19 podaje w polszczyźnie niepoprawnéj, a na str. 22 pisze: „Przedewszystkiém muszę stanowczo zaprzeczyć i to już nawet na podstawie własnego doświadczenia, jakoby obducent, rozpoznawszy na podstawie obdukcyi prawie z pewnością otrucie, był zarazem w stanie, **zawsze** oznaczyć rodzaj trucizny“. „Wyraz „zawsze“, potrzebny dla obrony, prof. F. podsuwa orzeczeniu Wydziałowemu, podając go ostentacyjnie drukiem bardzo tłustym.

puszczenie otrucia sinkiem potasu, a to z następujących powodów:

a) Lekarz sądowy, przypuszczający niemal z pewnością otrucie, a znajdujący w żołądku hemoglobinę przeistoczoną w hematynę, winien mieć w pamięci, że tylko pewne trucizny przemianę tę sprawiają; bada więc natychmiast, czy hematyna znajduje się w rozczynie kwaśnym lub alkalicznym, w ostatnim razie wyklucza kwasy a przypuszcza działanie ługów, amonijaku lub sinku potasu; a jeżeli, jak w danym przypadku, błona śluzowa żołądka nie przedstawiała nekrozy, stosuje próbę Preyera i śmiało przypuszcza otrucie sinkiem potasu, zwłaszcza, jeżeli ta błona śluzowa była krwawoczerwoną. Jeżeli taki znawca doświadczony, jak prof. F., tego wszystkiego nie uczynił, daje to w każdym razie do myślenia.

b) Szan. autor broszury zapewnia w niéj (str. 27) „iż zmiany w żołądku i jelitach były takiemi, jak je opisano, a jako takie były aż nadto wybitne tak dla otrucia kwasem pruskim, jak dla sinku potasu“. Znajdujemy się w przykrém położeniu, że i to zapewnienie uznać musimy za niewystarczające. Co do kw. pruskiego już wykazaliśmy mylność zupełną tego zapewnienia; co do sinku potasu zaś zapomina szan. autor, że Wydział miał przed sobą dwa opisy żołądka, a teraz dzięki broszurze mamy i trzeci opis. Który opis uważać należy za autentyczny? Czy opis pierwszych obducentów, który nie tylko otrucia sinkiem potasu, ale żadnego nie dowodzi otrucia, a co największéj przemawiaćby mógł za działaniem owych 3 łyżek eteru, wlanych choréj na pół godziny przed śmiercią, — a przecież opisu tego, jako pierwszego zdziałanego na podstawie oględzin ciała całkiem jeszcze świeżego, żadną miarą lekceważyć nie można; czy opis drugi, podany do protokółu sądowego przez prof. F., który już więcéj przemawia za otruciem sinkiem potasu, czy wreszcie opis podany w broszurze, poprawniejszy, a jeszcze bardziéj, jakkolwiek nie stanowczo, za tém otruciem przemawiający? Pomijając atoli ten ostatni, jako dopiero nowo przybyły, Wydział mając przed sobą pierwsze dwa opisy, tak nadzwyczaj sprzeczne pomiędzy sobą, nie mogąc podać w wątpliwość ani jednego ani drugiego a nie chcąc w obec Sądu dłużéj szerzyć się nad szczegółami tylko dla lekarzy znaczenie mieć mogącemi, wbrew przeciwnym głosom poszedł za zdaniem referenta i użył formy najłagodniejszéj, „że obraz anatomiczny nie był wybitnym“. A gdyby nawet z przejściem zupełném do porządku dziennego nad opisem pierwszym chciano polegać wyłącznie na drugim, to i wtedy przyznać należało, że i ten opis, jakkolwiek więcéj za otruciem sinkiem potasu przemawiający, przecie nie był dostatecznym, aby na nim samym (a innych podstaw przecie nie było) oprzeć orzeczenie o otruciu, a tém mniéj, o ile opis ten, jak późniéj wspomnimy, dopuszczał innego jeszcze tłumaczenia. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Kratter (w Gracu): **Badania nad otruciem atropinowém.**

Będąc przez 10 lat asystentem przy prof. Schauensteinie autor miał sposobność widzenia 8 przypadków otrucia belladonną i atropinem oraz przeprowadzenia badania chemicznego i na ich podstawie, korzystając oraz z przypadków ogłoszonych przez innych a starannie przez siebie zebranych, ogłasza dość obszerną monografiję tego otrucia, z któréj postaramy się streścić najważniejsze szczegóły:

Podczas gdy dawniéj zdarzały się wyłącznie otrucia belladonną, obecnie zdarzają się przeważnie otrucia atropinem. Wprawdzie alkaloid ten odkryty został już w r. 1831 przez Meina, a został on dopiero w r. 1874 wprowadzony w praktykę przez Coopera, jako surogat preparatów belladonny, to też dopiero w r 1850 ogłoszony został przez Sellsa pierwszy przypadek otrucia atropinowego, a tyczył on się młodzieńca, który w zamiarze samobójczym zażył 2 grana alkaloidu. Dotychczas ilość przypadków otrucia atropinem wynosi 103 według zestawienia Feddersena (Berlin 1884), a śmiercią ukończyły się z nich 11·7%, co jest odsetką względnie bardzo niską. Z tych 103 przypadków było 19 przypadków otrucia umyślnego (9 przyp. morderstwa, 10 samobójstwa) a 84 przypadkowych (z nich 26 z winy lekarza, 2 z winy aptekarza a 13 z winy pacyjentów samych). Pod względem postaci, w któréj atropin w tych przypadkach został użyty, przypada na postać proszkową 5, pigułek 7, czopków 1, maści 2, mazidła 1, syropu 1, rozczynów wodnych 86, a z tych ostatnich: 3 razy krople do użycia wewnętrznego, raz krople do wstrzykiwania do przewodu usznego, 4 razy rozczyn do wstrzykiwań podskórnych, 53 razy krople oczne, a 25 razy rozczyny bez bliższego określenia, prawdopodobnie atoli także collyria. Z zestawienia Feddersena, jakoteż podobnego zestawienia, uskutecznionego przez Falcka, wynika niewątpliwie: 1) że najczęściéj zdarzają się otrucia atropinowe za pomocą preparatów leczniczych, i 2) że najczęściéj collyria służą do wywołania otrucia. Jakkolwiek pomiędzy temi przypadkami znajdują się także rozgłośne 2 przypadki sądowe, a mianowicie pierwszy tyczący się trucicielki panny Jeanneret, która w Szwajcaryi prawdopodobnie w stanie obłędu otruła 8 osób (z których 5 umarło), oraz przypadek drugi Calverta, w którym posługaczka otruła dozorcę szpitalnego przez dodanie atropinu do mleka, to jednak ani znajomość objawów za życia występujących, ani zmian pośmiertnych nie jest dotąd dokładną, a dochodzenie chemiczne odnosi się do bardzo nie wielu przypadków.

Objawy chorobowe: Według licznych badań zbiór objawów, występujących po otruciu preparatami belladonny, jest następujący: Rozszerzenie źrenicy, uczucie suchości i drapanie w jamie ustnéj i szyi, chrypka, utrudnione łykanie i mówienie, nudności, pragnienie silne; wcześnie przyłączają się objawy mózgowe: zawrót, ból głowy, lekkie odurzenie i rozstrojenie, omamy wzrokowe i słuchowe, częstokroć treści wesołéj; na powłoce zewnętrznéj uczucie suchości, zaczerwienienie szkarłatne, zbrzęknienie twarzy. W dziedzinie systemu naczyniowego: tętno przyspieszone do 150 uderzeń na minutę (według niektórych aż do 190), naczynia szyjne tętnią mocno, spojówka mocno nastrzykana; wydzielina potu zniesiona; ciepłota ciała według jednych niska, według drugich podwyższona; oddychanie zrazu zwolniałe, późniéj przyspieszone; pod względem psychicznym zrazu napady szaleństwa połączone z bredzeniem, podobnie jak w upojeniu, późniéj ospałość, znużenie i śpiączka, trwająca czasem aż do śmierci, która następuje skutkiem porażenia serca. Z tych objawów bezsprzecznie najważniejszym jest rozszerzenie źrenic, które po użyciu wewnętrzném atropinu występuje obustronnie, po zewnętrzném zaś tylko na oku zakroplonem, z czego wynika, że działanie atropinu na tęczówkę ma źródło swe w tęczówce saméj a nie w odleglejszych jéj ośrodkach.

Jakkolwiek więc symptomatologija otrucia atropinowego już jest dość dokładnie zbadaną, wypada jednak objawy

poszczególne poddać kontroli i krytyce, a następnie pokusić się o możność odróżnienia tego otrucia od innego, co ze stanowiska sądowolekarskiego jest rzeczą nader pożądaną. W tym celu autor podaje swoje przypadki:

Przypadek I. Panna 22 letnia miała sobie zapisać *Extr. belladonnae* wewnętrznie, co 2 godziny dawkę 0·015; chora wyżyła w ciągu dnia 7 takich dawek, a wieczorem twarz jéj była mocno zaczerwienioną, język suchy, połykanie utrudnione, uczucie gorąca i widzenie niewyraźne (dość znaczne rozszerzenie źrenic), tętno 120. Po okładach zimnych na głowę powyższe objawy ustąpiły w ciągu kilku godzin, tylko rozszerzenie źrenic trwało 24 godzin; było to więc lekkie otrucie, dowodzące jednak wielkiéj szczególnotkliwości w obec belladonny.

Przypadek II. Kobieta lat 48 licząca miała zapisane sobie czopki z masła kakaowego i 0·05 Extr. bellad. 2—3 na dzień; spotrzebowawszy wbrew poleceniu 7 czopków w ciągu dnia popadła pod wieczór w szaleństwo, rzucała się niespokojnie w łóżku, bredziła nieprzerwanie, krzyczała, śmiała się i płakała naprzemian itd., tętno pełne, twarde 130, źrenice od *maximum* rozszerzone i nie oddziaływające na światło; na pytania odpowiadała niezrozumiale i od rzeczy, oddychanie przyspieszone 40, skóra gorąca, odnogi i całe ciało w ciągłym ruchu. Pomimo zastrzyknięcia morfinu i okładów zimnych dopiero po upływie 24 godzin nastąpiło polepszenie, świadomość powróciła dopiero 2go dnia a mydryjaza trwała 3 dni. Ciepłota ciała, która zwykle u téj pacyjentki wynosiła 36·50, podczas trwania objawów otrucia podwyższoną była aż do 38·9°. W tym przypadku zatém resorpcyja trucizny nastąpiła przez odbytnicę a objawy mimo to były bardzo silne. Przypadek otrucia czopkami atropinowemi opisał Schüler (*Berl. klin. Woch.* 1880, str. 658), a przypadek otrucia skutkiem wtarcia maści atropinowéj po oddaleniu przyskórka opisał Ploss (*Schmidts Jahrb.* 1864, str. 282).

Przypadek III, IV i V. Trzy kobiety zażyły jednego i tego samego dnia syropu szaklakowego *(Roob spinae)*, pochodzącego z jednéj i téj saméj apteki w Gracu. Dwie pierwsze w $1^1/_2$ godziny po zażyciu straciły przytomność i zsiniały; tętno twarde, przyspieszone, zapad ogólny, rozszerzenie źrenic. Po krótkotrwającym napadzie szału zawrót, dwuwidzenie, osłabienie, uczucie suchości i drapanie w gardle trwały jeszcze przez dzień następny. Trzecia kobieta również zasłabła wkrótce po zażyciu syropu, cierpiała zawrót, bredziła, miała źrenice rozszerzone, tętno 120; przyszła do siebie dopiero 3go dnia. — Badanie chemiczne wykazało, że ów syrop zawierał atropin, a dochodzenie policyjno-lekarskie sprawdziło, że jagody szakłakowe użyte przez aptekarza do sporządzenia syropu zanieczyszczone były wilczą jagodą.

Przypadek VI. Mężczyzna 60-letni w kilka godzin po spożyciu (przypadkowém czy umyślném?) wilczéj jagody popadł w szaleństwo, miał źrenice mocno rozszerzone, skórę suchą i gorącą, ciepłotę 40°, tętno przyspieszone. Po wypompowaniu treści żołądkowéj zastrzyknięto mu podskórnie 0·02 morfinu dwa razy a z powodu gwałtownego szału musiano mu założyć kaftan; następnego dnia odzyskał przytomność po części, skarżył się na osłabienie i wkrótce potém popadł w śpiączkę; mocz i kał odchodziły bezwiednie. Ciepłota ciała 39—40°. Trzeciego dnia śmierć śród objawów niedomogi i porażenia serca. (Dok. n.)

Prof. Manz: **Napad jaskry po wkropleniu kokainu.**

Kokain, którego zastósowanie w terapii okulistycznéj ma doniosłe praktyczne znaczenie, sprowadza czasem wcale niepożądane przypady, jak o tém świadczą spostrzeżenia Knappa (przypady ogólnego zatrucia), zwiększenie bolesności miasto znieczulenia lub długotrwałe porażenie nerwu troistego (Pflüger). M. ogłasza przypadek, w którym po wkropleniu rozczynu kokainu wystąpiły przypady jaskry (*Bericht über die 17te Vers. der Ophthalm. Ges. Heidelberg* 1885). Sprawa ta ma znaczenie w praktyce lekarskiéj, dla tego nie od rzeczy będzie podać w skróceniu historyję tego przypadku, aby tym sposobem zwrócić uwagę na przypadki tego rodzaju, co w przyszłości wpłynie na ograniczenie lub rozszerzenie wskazań i przeciwwskazań leku w mowie będącego. Kobieta 51 lat licząca zgłosiła się do polikliniki M. z prośbą o zbadanie wzroku i oznaczenie odpowiednich okularów. Bystrość wzroku była po obu stronach prawie prawidłową; prezbyopija wiekowi odpowiednia, zresztą oprócz płytkości komórki przodkowéj na jednéin oku, nie spostrzegł M. żadnéj nieprawidłowości. Dopiero na zapytanie podała chora, że od pewnego czasu oczy jéj osłabły, a naokoło światła spostrzega pierścienie barwne. Za pomocą wziernika wykazano nieznaczne zaćmienie tarczy nerwu wzrokowego, pole widzenia oka prawego zaledwie nieco zmniejszone od strony nosa a napięcie gałki ocznéj wydawało się nieco większe. Na téj podstawie zwrócił M. uwagę badanéj na możliwość pojawienia się przypadów jaskry i polecił w tym razie zasięgnąć rady lekarskiéj. Ale już dnia następnego został wezwany do téj choréj i zastał wybitny obraz zapalenia jaskrowego na oku prawém. Przy téj sposobności dowiedział się, że dnia poprzedniego wkroplił jeden z jego asystentów kokainu do tego oka, chcąc sobie tym sposobem ułatwić badanie wziernikowe. Chora podała nadto, że zaraz po opuszczeniu kliniki doznała utrudnienie w widzeniu a za przybyciem do domu wystąpiły bóle w oku i w głowie po téj stronie, które jéj sen odjęły. Po zastosowaniu ezerynu ustąpiły chwilowo groźne przypady, lecz wkrótce irydektomija była konieczną.

Jakkolwiek przypady jaskry wystąpiły tuż prawie po wkropleniu rozczynu kokainu, wątpi autor, czy należy w tym przypadku przypuszczać związek przyczynowy, gdyż pomimo że działanie kokainu jest nieco podobném do działania atropinu, przypuszczają autorowie prawie powszechnie, że kokain obniża ucisk śródoczny a mając tę własność nie może sprowadzać napadu jaskry. M. przypuszcza raczéj, że oko téj choréj było już niejako przygotowane dla jaskry a do powstania pierwszego napadu przyczyniło się nietylko ogólne osłabienie choréj po przebyciu gośćca stawowego, lecz także psychiczna depresyja wywołana może orzeczeniem lekarskiém, że na tém oku należy się prędzéj czy późniéj spodziewać groźnéj choroby. M. jest skłonniejszym do przypuszczenia w takich przypadkach bezpośredniego działania kokainu na naczynia, jeżeli w ogóle kokain może napad jaskry wywołać, aniżeli do kładzenia objawów jaskry na karb rozszerzenia źrenicy, co ma utrudniać komunikacyję pomiędzy przodkową a tylną komórką, a to z tego powodu, że rozszerzenie źrenicy nie bywa po kokainie maksymalném a oddziaływanie tęczówki bywa tylko upośledzoném a nie zniesioném jak po atropinie. To też sądzi M., że kokainu nie należy uważać za środek tak szkodliwy w jaskrze jakim jest atropin, zanim przynajmniéj liczniejsze spostrzeżenia tego rodzaju do tego nie zmuszą.

Dr. Schaitter.

Dr. Römer: **Wydarcie odwróconej macicy po porodzie.** Sąd krajowy w Stutgardzie dnia 30 grudnia 1884 r. zasądził chirurga na 2 lata i 6 miesięcy więzienia za uchybienie lekarskie. Kobieta 25-letnia pierwiastka porodziła dnia 28 września 1884 dziecię żywe. Wkrótce potém spostrzegła akuszerka znaczny guz między nogami położnicy, zaprzeczając stanowczo, iż nie powstał przez naciąganie pępowiny lub ucisk na macicę. Przywołany chirurg, nie badając położnicy dokładnie, wyrwał guz z łożyskiem męcząc kobietę nielitościwie przez 10 minut. Natychmiast po operacyi wypadły zwoje jelit, które operator napowrót wsunął. Guz przesłał chirurg do Zakładu położniczego w Stutgardzie, nadmieniając że wydobył włókniak zrosły z łożyskiem. Od 28 do 29 chora wymiotowała użalając się na zatrzymanie moczu i silne wzdęcie brzucha. Dnia 28 września wieczorem wypadły jelita przez pochwę, a akuszerka napowrót je wsunęła. Chora umarła dopiero dnia 9 października, mimo iż groźnych przypadków nie zauważano. Wymioty nie ustały, lecz chora oddawała kał dobrowolnie. Za przyczynę śmierci podano tedy zapalenie otrzewny. Guz wydarty był macicą z łożyskiem, odjętą w górnéj części szyi macicznéj. Przy macicy wisiała lewa trąbka z jajnikiem i część trąbki prawéj. Przy obdukcyi znaleziono długą część jelita cienkiego od śródjelicia odłączoną. Część odpowiednia jelita martwa, w kłąb zwinięta, bez przejścia, 70cm. długa, stanowiła z powodu zapalenia otrzewny rzeczywisty powód śmierci. (*Arch. f. Gyn.*, t. XXVI, str. 137).

Dr. Reiss w Dukli.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

VII zwyczajne naukowe posiedzenie dnia 16 maja 1885 r.
Przewodniczący Dr. Merunowicz. Członków obecnych 21 i kol. Dr. Wachtel z Krakowa jako gość.

1) Kol. Tatarczuch przedstawia chorego z *Eczema papulosum universale artificiale.* Forma wysypki jest guziczkowata, guziczki rozsiane po całém ciele. Chory podaje, że miał jakieś swędzenie na obu odnogach górnych, na które dostał od kogoś jakieś smarowanie i têm nacierał się, poczém wystąpiła wysypka obecna na całém ciele, prawdopodobnie wywołana owemi nacieraniami. Wysypka pojawiła się najpierwéj na twarzy, późniéj na tułowiu i odnogach. Chory wcale nie gorączkował.

Kol. Seifman wspomina o podobnym przypadku u dozorcy koni chorych na *scabies*, od których dozorca zaraził się świerzbem; po wyleczeniu świerzbu wystąpiło także u owego dozorcy *Eczema papulosum universale,* prawdopodobnie także jako następstwo wcierań przeciw świerzbowi zastosowanych. Dozorca ów wcale nie gorączkował.

2) Kol. Ziembicki miał odczyt o chorym z raną postrzałową mózgu, którego przedstawił dnia 7 marca 1885 na 3ciém posiedzeniu. Prelegent przypominając kolegom chorego, nadmienia przedewszystkiém, że zmienia rozpoznanie, jakoby kula obniżyła się między kośćmi czaszki a oponą twardą, albo aby ugrzęzła w kościach czaszki, lecz napewno i stanowczo rozpoznaje, że kula albo ugrzęzła w mózgu albo obraziwszy mózg utkwiła następnie w kości. Uszkodzenie istotnie ciężkie i ciekawe zarazem. Do uszkodzenia tego wezwano prelegenta dnia 6/2 1885 o godzinie 7 wieczór do szpitala. Przybywszy tamże kazał przynieść chorego do sali operacyjnéj, na co oświadczyła służba, że chory sam chodzi i istotnie prelegent widział, jak chory sam szedł kilka kroków bez żadnéj pomocy. Historyja jego jest także dość zajmująca. Chory popadł od kilku miesięcy w melancholiję z powodu śmierci żony, miewał halucynacyje, słyszał np. głos żony wzywającéj go wraz z synem do siebie i w końcu zdecydował się na cmentarzu przy grobie żony strzelić do syna (któremu na szczęście nic złego nie zrobił), a potém strzelił do siebie w pozycyi klęczącéj przy zgiętém ramieniu w skroń nie przykładając lufy. Po strzale bezpośrednio zemdlał, potém oprzytomniał, przeniósł syna do stróża cmentarnego, a sam został przewieziony do szpitala powsz. Mając takie dane sądził prelegent, że ma do czynienia z powierzchowném obrażeniem kości, i z têm uprzedzeniem zaczął badać chorego i znalazł co następuje: Ranę w częściach miękkich i skrzydle wielkiém kości klinowéj lejkowatą o $^1/_2$ cm. średnicy. Sądząc, że kula znajduje się blisko rany, zrobił 1) rozcięcie powłok skórnych, 2) spostrzegłszy, że kuli pod skórą nie ma, a jest otwór w kości, sądził, że kula znajduje się tuż w kości lub pod kością, a z powodu silnego strzaskania kości zdecydował się zrobić trepanacyję za pomocą dłutowania, spodziewając się zarazem znaleźć i usunąć pocisk; przyczém znaczne kawałki blaszki szklistéj wyciągał (blaszki te jednak prawdopodobnie pociskiem nie zaś dłutowaniem zostały oderwane), co także przemawia za têm, że pocisk przeszedł przez kość czaszki, a ranę w blaszce szklistéj można uważać jako otwór wylotowy pocisku z kości czaszkowéj. Odkrył w ten sposób oponę twardą, która w kierunku otworu kości była przedarta, lecz bez wszelkiego poszarpania, brzegi rany w oponie twardéj były posmolone (ciemno zabarwione). Rana ta wyglądała jakoby zrobiona została ciałem cylindrycznêm, nadto puściła się z niéj znaczna ilość płynu mózgordzeniowego, co prelegenta têm mocniéj zadziwiło, że objawy ze strony chorego były lekkie, a badanie wykazało, że mózg został nadwyrężony. Prelegent wziął następnie zgłębnik i badał pod oponą twardą na 3 do $3^1/_2$ cm. głęboko w kanale mózgowym do $^1/_2$ cm. średnicy mającym. Głębiéj nie wchodził do mózgu, aby nie nadwyrężyć. Na tych tedy danych oparł rozpoznanie, że jest rana w mózgu. Wymywszy ranę 5% roztworem chlorku zynku wytamponował ją nie zaszywając. — Na drugi dzień po dość dobrze spędzonéj nocy wystąpiło silne falowanie tętnic, upuszczono więc krwi około 200 gr. poczém tętno zmiękło i spadło z 80 na 50 uderzeń na minutę przepuszczając raz na 20 uderzeń. Następnych 9—10 dni był stan jednakowy, względnie bardzo dobry. Dopiero 11go dnia wystąpiły drgawki, chory stracił przytomność, wystąpiło porażenie m. twarzowych po przeciwnéj stronie. Chory przetrwał stan ten szczęśliwie; koll. Feigel i Schattauer widzieli go w owym czasie, nadto kol. Machek badał go wziernikiem i stwierdził brodawkę zastoinową większą po prawéj niż po lewéj stronie. Późniéj wystąpił jeszcze otok z ucha prawego; po wytamponowaniu ucha i zasypaniu jodoformem wystąpiły *eczema, otitis externa i myringitis.* Chory bowiem nie znosi jodoformu, co dodatkowo prelegent nadmienia. Po pewnym czasie rana zagoiła się i chory nie przedstawił prawie żadnych zboczeń nowych. Okolica postrzału odpowiada mniéj lub więcéj rowkowi Sylwijusza i jego zbiegowi z rowkiem Rolanda. Otóż w tych miejscach są ośrodki psychomotoryczne i tam z powodu zmiękczenia kory wystąpiło przemijające porażenie, drgawki itp. objawy. Zdaje się, że kula poszła ku tyłowi, poza *gyrus centr. poster.* po za rowkiem Rolanda do strefy obojętnéj. Przypuszczając, że kula jest w mózgu, co dla prelegenta jest prawie pewném, zastanawia się nad następstwami, jaki los czeka chorego. Może wystąpić *Meningitis, encephalitis,* albo téż otorbienie kuli. Flourens udowodnił wędrowkę ołowiu po mózgu doświadczalnie. Wreszcie lubią się wytwarzać ropnie, w takich razach bywa naprzód stadyjum ukryte, chory ma się mniéj lub więcéj jednakowo, a może nagle umrzeć, a sekcyja stwierdza ropień. Rokowanie więc nie jest ani pewném ani pomyślném. (Dok. nast.).

VII. Uwagi nad sposobem zapobieżenia wściekliźnie po ukąszeniu przez Pasteura podanym.

W Przeglądzie Lekarskim Nr. 46 i 47 z roku 1885 podany został sposób zapobieżenia wściekliźnie u ludzi po ukąszeniu, a więc już po zarażeniu wścieklizną, według wykładu L. Pasteura w Akademii umiejętności w Paryżu na posiedzeniu d. 26 paźdź. 1885 r. wygłoszonego. Ponieważ redakcyja Przeglądu umieściła wykład ten bez wszelkich uwag a sprawa poruszona jest zbyt doniosłą, przeto nie mo-

żemy się powstrzymać, aby nie dodać niektórych uwag jakotéż nie podnieść przeciw sposobowi Pasteura pewnych zastrzeżeń i wątpliwości, które się mimo woli nasuwają.

Przedewszystkiém więc zauważyć musimy, że chociaż Pasteur znany jako zasłużony badacz około badania chorób zakaźnych zwierząt i około wynalezienia szczepienia ochronnego przeciwko tym chorobom położył wielkie zasługi i około zbadania bliższego istoty wścieklizny saméj, jakotéż około zachowania się przyrzutu wścieklizny i jego siedziby, to przecież dotąd nie udało mu się stwierdzić przyczyny wścieklizny i wykazać przyrzut chorobotwórczy wścieklizny, którym prawdopodobnie jest jakiś mikroorganizm, jak o tém przez analogiję z innych chorób wnosić wypada. Dokąd zaś nie poznamy owego przyrzutu chorobotwórczego wścieklizny, dopóty nie możemy niestety (i tak jest do dnia dzisiejszego) i nie będziemy mogli na pewne nawet po zrobieniu sekcyi zwierzęcia podejrzanego o zakażenie wścieklizną orzec, czy owo zwierze było istotnie wściekłe lub nie i choć Pasteur twierdził na zapytanie Bouleya, prezesa Akademii Umiejętności w Paryżu, że jeżeli mu dadzą dwa mózgi: jeden ze zwierzęcia zdrowego a drugi ze zwierzęcia wściekłego, to zawsze rozpozna, który mózg ze zwierzęcia wściekłego pochodzi, pomimo to twierdzenie Pasteura pozostanie tylko twierdzeniem. Pasteur bowiem twierdzi, że w mózgu wściekłego zwierzęcia widzi twory drobnowidowe niebędące ani detritus, ani kokami, których według niego ma być więcéj w mózgu chorego zwierzęcia, niż w mózgu zdrowego (są one więc i w zdrowym mózgu), a takie twierdzenie niczém nieuzasadnione nie jest pewném i sprawy nie wyjaśnia. Do dziś trzebaby każde zwierze podejrzane o zakażenie wścieklizną obserwować za życia, potém zrobić sekcyję tegoż zwierzęcia, a dopiero gdy sekcyja da jak zwykle wynik ujemny, a objawy chorobowe są podobne do objawów we wściekliźnie spostrzeganych, wtedy można z prawdopodobieństwem orzec, że zwierze (np. pies, o którym tu najczęściéj mowa) było zakażone wścieklizną. Objawy chorobowe bowiem we wściekliźnie za życia spostrzegane same przez się nie są także właściwe saméj tylko wściekliźnie, albowiem wiele stanów chorobowych ośrodków nerwowych, daléj pasorzyty (*pentastomum taenioides*) w nosie i tp. zdradzają podobne objawy jak i wścieklizna; a znalezione przy sekcyi wyżerki w błonie śluzowéj żołądka, napotkanie ciał obcych niejadalnych w żołądku i tp. trafiają się i w innych chorobowych stanach u psów i nie mogą być uważane za dodatni wynik sekcyi, jak o tém, robiąc bardzo często sekcyje psów podejrzanych o wściekliznę, jakotéż padłych w skutek innych chorób, miałem sposobność przekonać się. Rozpisaliśmy się o téj sprawie nieco obszerniéj, albowiem jest ona przyczyną, że można podać całą metodę Pasteura w wątpliwość i zrobić jéj pierwszy ciężki zarzut, na który trudno odpowiedzieć, a mianowicie:

1) Nie posiadamy dowodów, czy pies, który pokąsał Józefa Meistera, Maksa Vonnea itd., był istotnie wściekły. Wprawdzie sekcyja tego psa, którego zabito, została wykonaną i znaleziono w żołądku jego ciała niejadalne (dla psów), ale to, jak z powyższego widzimy, nie stanowi wcale dowodu wścieklizny. Nie wiadomo, kto i jak dokładnie robił sekcyję, czy szukał dobrze w jamach nosowych itd.

Co do drugiego psa, którego zabił Jupille, to już wcale nie wiemy, czy mógł być wściekłym lub nie, albowiem sekcyi na tym psie nie wykonano; co więcej opowiadanie Jupillea samego jest tak fantastyczne, że trudno istotnie przypuszczać, iż podał same prawdziwe fakty. Rzecz bowiem z Jupillem miała się, według jego własnego opowiadania, jak następuje: Jupille, 15letni pastuszek, z 6ma innymi młodszymi od siebie, pasł bydło na błoniu. Wtém spostrzegł wielkiego, podejrzanie wyglądającego (?) psa, który biegł na gromadkę pastuszków. Jupille więc w celu obronienia swych towarzyszy od pokąsania, pobiegł uzbrojony biczem ku psu, który schwycił Jupillea za lewą rękę. Jupille powalił psa na na ziemię i przytrzymawszy go celem uwolnienia lewéj ręki, rozwarł mu prawą ręką pysk, przyczém pies kilkakrotnie ukąsił go, a związawszy sznurem bicza pysk, zabił psa drewnianym sabotem. Za ów czyn bohaterski przyznała Akademija Jupillowi w nagrodzie 1000 franków. Czy jednak Akademija stwierdziła fakty przezeń podane, nie mogliśmy się w sprawozdaniach doczytać, a wartoby sprawdzić całą rzecz opowiadaną, bo wygląda bardzo fantastycznie. Kto bowiem widział, jak trudno nawet mniejszym pieskom założyć pętlę na pysk, nawet dozorcom psów w lazaretach, którzy są mocniejsi i mają w tém wprawę, ten mimowoli musi wątpić, ażeby tego trudnego zadania dokonać mógł 15letni niewprawny do tego chłopiec i to jedną tylko ręką na wielkim psie. Oto pierwsza i wielka wątpliwość, która się już nie da rozstrzygnąć, czy psy, które pokąsały Meistera, Jupillea, były wściekle, lub nie; jakotéż czy inne psy, przez które pokąsanych ludzi Pasteur leczył i leczy (a jest owych ludzi dotąd już ze wszech stron świata około 50), były także istotnie wściekłe.

2) Przypuściwszy nawet, że psy, które pokąsały ludzi, których Pasteur szczepi w celu leczenia przeciw wybuchowi wścieklizny, były istotnie wściekłe, to znowu nie ma na to dowodów, czyby u nich wystąpiła wścieklizna, czy byli w ogóle pokąsani skutecznie, to jest tak, że się zarazek dostał do ich ustroju, i że się choroba u nich wywiązać miała. I owszem przypuszczać można wręcz przeciwnie, mianowicie przemawiają za tém daty statystyczne. Tak np. w sprawozdaniu pruskiém o wściekliźnie za rok 1883/4 czytamy, że w owym czasie w prowincyjach niemieckich, w Poznańskiém i na Ślązku pokąsanych zostało przez psy podejrzane o wściekliznę osób 74, z tych umarło 4 (i to na Ślązku tylko na pokąsanych 35 osób), a więc 5%, co jest stosunkiem bardzo niewielkim. U zmarłych trwał okres wylęgania dni: 1) — 21. 2) — 39. 3) — 77. 4) — 156 dni. Daléj przemawia za tém ta okoliczność, że np. Meister okazywał rany stosunkowo wielkie, a z wielkich ran krew musiała wypływać, a więc mogła spłukać i wyprowadzić zarazek z rany, jeżeliby tamże się dostał, na co przecież przyzwani przez Pasteura Drowie Vulpiau i Grancher winni byli zwrócić uwagę, a nie zwrócili, i owszem z wielkości ran wnosili, że prędzéj i prawdopodobniéj Meister ulegnie chorobie. Daléj przemawia za tém i ta okoliczność, że np. u Meistra wypalając rany rozczynem kw. karbolowego (sprawozdania nie podają, jak mocnego użyto rozczynu) w 12 godzin po ukąszeniu, mógł Dr Weber zniszczyć na czas jeszcze zarazek wprowadzony do ran śród ukąszenia.

Daléj przemawia także i ta okoliczność za naszém przypuszczeniem, że prócz Meistra został pokąsanym przez tego samego psa jeszcze jeden chłopiec Maks. Vonné, który nie mając pieniędzy na podróż z Alzacyi do Paryża, pozostać był zmuszony w domu, nie był więc wcale szczepiony w celu zapobieżenia wybuchowi wścieklizny, a mimo to cieszy się

bardzo dobrém zdrowiem, podczas gdy Meister nie ma się tak dobrze, jak ów Vonné, o czém zresztą jeszcze poniżéj pomówimy.

3) Ponieważ nie ma dowodów pewnych, przy sekcyi wykazać się dających, czy zwierze padło na wściekliznę, przeto choć szczepiono dla kontroli króliki równocześnie ze wszczepieniem jadu osobom leczonym przeciw wybuchnąć mającéj wściekliźnie, i choć te króliki zginęły w skutek tego szczepienia, nie można stanowczo udowodnić, że te króliki padły w skutek wścieklizny. Mogły one bowiem tak samo zginąć w skutek septicemii, meningitis i tp. spraw chorobowych szczepieniem wywołanych.

W szkole weterynaryi we Lwowie wszczepiali Dr. Seifman i Dr. Szpilman po trepanacyi pod opony mózgowe masę z mózgu psów padłych w skutek wścieklizny i to z pomyślnym skutkiem psom a z ujemnym królikom. Znane są nadto fakty zauważane przez Dr. Szpilmana w wiedeńskiéj szkole weterynaryi, że króliki i świnki morskie po zaszczepieniu im w powyżéj wspomniany sposób wścieklizny, ginęły w skutek meningitis, septicemii i tp., co sekcyją stwierdzono; w naszéj zaś szkole robione doświadczenia u królików szczepionych nie wywoływały żadnych następstw chorobowych. Dziwić się więc wypada, dla czego Pasteur bierze rdzenie z królików a nie z psów, u których jad się prędzéj przyjmował, niż u królików. Ponieważ, jak już kilkakrotnie wspomnieliśmy, nie wiemy, co stanowi zarazek chorobotwórczy wścieklizny, daléj ponieważ nie mamy pewnych przy sekcyi wykazać się dających zmian wścieklizną wywołanych, nasuwa się więc wielka wątpliwość, czy skrawki rdzenia, tak jak je Pasteur przyrządza, zawierają ów zarazek, albo czy w tych skrawkach nie wywiązują się ptomainy, istoty gnilne, septyczne i tp. Dokąd więc Pasteur nie wykryje istotnéj przyczyny wścieklizny, mikroorganizmów, jakie stale przy wściekliźnie najprawdopodobniéj znajdować się muszą, dokąd nie oddzieli owych mikroorganizmów, nie zbada ich własności, nie wskaże jak je hodować i td. i dokąd z temi mikroorganizmami, jak z wąglikowym i wielu innemi znanemi nie obznajomi siebie i świata, dopóty metoda jego będzie chromać, dopóty spotkać się musi ze wszech stron z powątpiewaniem o skuteczności lub prawdziwości szczepienia, jak to namacalnie uczynił Jenner, udowadniając skuteczność szczepienia ospy.

Dopóki to wszystko nie nastąpi, dopóty nie powinien Pasteur szczepić ludzi i narażać ich na różne nieobliczone następstwa takiego postępowania, a w danym razie Rząd francuski nie powinien na takie szczepienie pozwolić.

Nie chcemy tu wcale zmniejszać zasług Pasteura, owszem ma on wielkie zasługi, które mu chętnie przyznajemy. Stara on się szczepić ochronnie różne choroby zakaźne (jak cholerę, kur, wąglik, zarazę płucną, i tp.), lecz skutki szczepienia owego nie odpowiadają jeszcze jego dobrym chęciom. Tak np. szczepienie wąglika zalecane przez Pasteura chroni tylko na czas krótki (bo na rok tylko), a oprócz tego wielka część szczepionych sztuk (2—5%) ginie, a przecież i z zarazy wąglikowéj nie ginie wszystko (bo prawie taki sam procent). Nawet może i pomimo to, że mikroorganizmu wścieklizny nie znamy, mógłby Pasteur może mieć racyję, szukając sposobu szczepienia ochronnego od wścieklizny, bo przecież i mikroorganizmu ospy nie znamy tak dobrze jak innych, a mimo to szczepiono ospę, szczepi się do dzisiejszego dnia i szczepić się będzie, ale musi wynaleźć metodę lepszą, wypróbować jéj skuteczność na zwierzętach, ale nie zaraz szczepić ludzi i to szczepić, jak to właśnie miało miejsce, prawie zdając się na przypadek, lub jak gdyby z ciekawości, czekając potém, co to z tego wyniknie. Że bowiem nie szczepił będąc pewnym skutku, oświadcza sam, bo przyznaje, że rozpoczął szczepienia Meistra z pewnym niepokojem, nie wiedząc oczywiście, co z tego wyniknąć może. Że szczepienie owo nie jest obojętne, świadczy stan Meistra, który, jak opisują, źle wygląda, pożółkł, schudł, nie ma apetytu, a i stan jego umysłowy podobno pozostawia nieco do życzenia. Daléj świadczy i to, że jedna dziewczynka w leczeniu Pasteura już umarła.

Mimo to wszystko, gdy Pasteurowi udało się osiągnąć niezakażalność (stwierdzoną przez komisyję), pokazuje się, że jest on na dobréj drodze i Rząd francuski bardzo dobrze uczynił obdarzając hojnie Pasteura środkami, aby mógł swobodnie i spokojnie pracować nad rozwiązaniem zadań, jakie sobie założył, i gdyby Pasteur nawet nie wynalazł lekarstwa ani sposobu zapobieżenia wybuchowi wścieklizny już po zakażeniu, a gdyby tylko osiągnął istotnie niezakażalność na jakiś dłuższy przeciąg czasu, choćby u psów samych tylko, to już zasługi jego w obec chronienia w ten sposób społeczeństwa byłyby niezmiernéj doniosłości i stałyby się wielkiém dobrodziejstwem.

Lwów 22 stycznia 1886 r. *Dr. Wiktor.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Z pomiędzy uniwersytetów z niemieckim językiem wykładowym Wydział lekarski najlepiéj obsadzony ma Uniwersytet wiedeński, posiada bowiem 18 zwyczajnych profesorów, 34 nadzwyczajnych a 82 docentów czyli razem 134 nauczających, liczba zaś uczniów wynosi 2307. Drugie miejsce zajmuje Mnichów, gdzie jest 13 zwyczajnych profesorów, 7 nadzwyczajnych, a 22 docentów czyli razem 42 nauczających, liczba uczniów 1129. Trzecie miejsce zajmuje Berlin, gdzie liczba nauczających dochodzi 100 a uczniów 1072. Najmniéj licznym jest Wydział lekarski w Rostoku posiadający 11 nauczających a 92 uczniów.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25,3. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 2 (0 z. t.); z błonicy 3 (2 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (3 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3ch przypadkach odry, 1 płonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 3—9 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 6, w Pradze 3, w Budapeszcie 16, w Mnichowie 1, w Rzymie 8, w Paryżu 5, w Zurychu i Brukseli po 1, w Petersburgu i Odesie po 2. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło w Hamburgu 15, w Paryżu i Londynie po 14, w Petersburgu 15. Z odry umarło w Budapeszcie 20, w Paryżu 17, w Londynie 49, w Liwerpolu 16. Z płonicy umarło w Paryżu 14, w Petersburgu 21. Z błonicy umarło w Warszawie 13, w Berlinie 42, we Wrocławiu 12, w Gdańsku 10, w Dreźnie 7, w Mnichowie 9, w Paryżu 44, w Londynie 30, w Amsterdamie 11, w Petersburgu 12. Z krztuśca umarło w Paryżu 11, w Londynie 118, w Amsterdamie 6. Z cholery umarło we Francyi od 23—30 grudnia 9 osób.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—9 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,8; w Warszawie 31,8; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 30,2; w Pradze 45,6; w Budapeszcie 30,3; w Salcburgu 27,0; w Gracu 33,9; w Insbruku 56,0; w Bernie 27,6; w Brodach 25,6; w Drohobyczu 41,0; w Przemyślu 47,1; w Tarnopolu 27,1; w Tarnowie 31,3; w Berlinie 27,7; w Gdańsku 27,5; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 28,0; w Bazylei 28,1; w Brukseli 28,7; w Chrystyjanii 16,2; w Kopenhadze 21,9; w Londynie 22,4; w Odesie 32,9; w Paryżu 20,1; w Petersburgu 28,1; w Rzymie 25,9; w Stokholmie 25,5; w Zurychu 20,4.

J. B.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 stycznia. Na posiedzeniu Rady sanitarnéj dolno-austryjackiéj w Wiedniu, odbytém d. 21 bm., referent lekarski Dr. Karajan odczytał sprawozdanie o brakach tegoczesnego systemu nauczania medycyny i podał wnioski względem reorganizacyi studyjów lekarskich. P. referent oświadcza się przeciw wolności uczenia i nauczania i zaleca ścieśnienie téj swobody, przynajmniéj w tym stopniu, jak na wydziałach prawniczych; należy ustanowić plan nauk, którego uczniowie trzymać się byliby obowiązani; liczba uczniów ma odpowiadać obszarowi lokalności, aby wszyscy słuchacze z prawdziwą korzyścią uczęszczać mogli na wykłady; czas składania egzaminów ma być ściśle oznaczony; uczniowie po ukończeniu nauk mają mieć obowiązek uczęszczania jeszcze przez 2 lata do szpitala, natomiast mają być uwolnionymi od egzaminów przyrodniczych. Wnioski te Rada wysłuchała i zamierza zastanowić się nad niemi. — Zgadzając się w zupełności na potrzebę reformy, a nawet z niektóremi wnioskami Dra Karajana, nie możemy jednak zataić zdziwienia, zkąd Rada sanitarna krajowa przyszła do wysłuchania tych wniosków, czy p. referent z własnego natchnienia wnioski te przedłożył lub otrzymał polecenie od władzy wyższéj. Sądzimy bowiem, że sprawa podobna nie należy do kompetencyi jednéj z Rad sanitarnych prowincyjonalnych, lecz albo do wszystkich jednocześnie albo do Rady najwyższéj, a przedewszystkiém wypadałoby radzić się uniwersytetów samych.

* Wczoraj zebrali się członkowie Tow. lekarskiego w sali wykładowéj prof. Wróblewskiego, gdzie po wyjaśnieniu przez ostatniego szczegółów odnoszących się do zastosowania mikroskopu elektrycznego, prof. Adamkiewicz okazał liczne przekroje rdzeniów, barwione karminem, safraniną i błękitem metylowym, dając pogląd na histologiję normalną i patologiczną tego ośrodka nerwowego. Projekcyja obrazów była dokładną i bardzo pouczającą.

* P. Minister Oświecenia bawił temi dniami w Pradze czeskiéj, gdzie zwiedzał zakłady obydwóch Wydziałów lekarskich.

* Na posiedzeniu administracyjném sekcyi żółkiewskiéj Tow. lek. gal., odbytém d. 23 bm. w Sokalu wybrano prezesem sekcyi Dra Jakubowicza, jego zastępcą Dra Broniowskiego, sekretarzem Dra Jajusa, wreszcie delegatem na Walne Zgromadzenie do Lwowa jednogłośnie Dra Broniowskiego.

* Prezesem Rady sanitarnéj Królestwa czeskiego wybrany został referent lekarski Dr. Smoler, a jego zastępcą prof. Maschka.

* Rząd węgierski wysłał prof. Wiktora Babesa kosztem Państwa do Paryża celem zapoznania się w pracowni Pasteura z jego sposobem zapobiegania wściekliźnie.

* **Praga czeska** d. 25 stycznia. Na dzisiejszém posiedzeniu „Spolku lekařův českých" demonstrował prof. Hlava następujące preparaty anatomiczne: 1) Obliteracyja żyły głównéj zstępującéj u kobiety 22-letniéj, zmarłéj z gruźlicy płuc. Od żyły bezimiennéj lewéj wychodziła gruba żyła przez śródpiersie przednie do przepony i stanowiła obieg oboczny między obliterowaną górną a dolną żyłą główną. Drugą uboczną drogą była na mały palec szeroka żyła wieńcowa prawa. Przyczyną obliteracyi była prawdopodobnie *pericarditis adhaesiva* i *pleuritis*, ucisk na żyłę główną górną, ztąd zaczopowanie i po zorganizowaniu zakrzepu obliteracyja. 2) 4-tygodniowe dziecko, które wnet po narodzeniu okazywało sinicę; takowa zwiększała się ciągle, aż wreszcie po 4ch tygodniach dziecko to umarło z ostrego obrzęku płuc. Przyczyną sinicy i wreszcie ostrego obrzęku płuc były znaczne nieprawidłowości w krążeniu. Jako pozostałości rozwojowe znajdowały się dwie żyły główne górne, z których jedna wchodziła normalnie do przedsionka prawego, druga przyczepiała się postronkiem włóknistym ślepym do przedsionka lewego. Żyły płucne nie wchodziły do przedsionka lewego lecz do żyły głównéj lewéj. Żyła wątrobowa zamiast do żyły głównéj dolnéj wchodziła własnym otworem w przeponie do przedsionka lewego. Oprócz otworu jajowatego w przegrodzie przedsionków defekt w górnéj części przednich komórek. Krew tętnicza mięszała się tutaj w zupełności z żylną, ztąd owa sinica za życia. Stopniowo postępujące zamykanie się otworu owalnego tłumaczy wzmaganie się sinicy, a znaczne zboczenia w dekarbonizacyi i utlenianiu krwi śmierć po 4-tygodniach. — Następnie Dr. Rubeška miał odczyt o doszczętném i łagodzącém leczeniu raka macicy.

Dr. Obrzut.

* **Berlin.** Od d. 7 —10 kwietnia r. b. odbędzie się XV Zjazd chirurgów niemieckich. Z wykładami należy się zgłosić do 1 marca pod adr. prof. Gurlta (Berlin S. W. Bernburgerstrasse 15/16). Na porządku dziennym Zjazdu według uchwały zapadłéj w roku przeszłym będzie: 1) dalszy ciąg rozpraw nad tezami Volkmanna o gruźlicy; 2) dalsze doświadczenia nad operacyją zajęczéj wargi z powikłaniami; 3) rozprawy nad rękoczynami na pęcherzu moczowym.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Prof. Filehne z Erlangi powołany został jako prof. zwyczajny farmakologii. — **Berlin.** Prof. Fürbringer z Jeny wybrany został przez Magistrat berliński prymaryjuszem oddziału chorób wewn. w szpitalu w Friedrichshain. — **Erlanga.** Od kliniki chorób wewn. ma być oddzieloną poliklinika, przełożonym pierwszéj będzie prof. Strümpell, ostatniéj prof. Penzoldt.

* **Odznaczenia.** Proff. Brodowski w Warszawie i Kowalewski w Kazaniu otrzymali ordery św. Stanisława 1éj kl. a prof. Hoyer order św. Włodzimierza 3éj kl.

Prof. Bergmann w Berlinie otrzymał order orła czerwonego 3éj a radzca sanitarny i fizyk obwodowy w Rawiczu, Dr. Adamkiewicz, (ojciec prof. U. J.) tenże order 4éj kl.

* **Nekrologija.** W Strasburgu umarł tameczny prof. zoologii Dr. Oskar Schmidt w 60 roku życia. W r. 1855 Schmidt przez ówczesnego ministra oświecenia hr. Thuna powołany został z Jeny do Krakowa i w Uniw. naszym przez 2 lata wykładał zoologiję i anatomiję porównawczą; późniéj przeniósł się do Gracu a ztamtąd do Strasburga. — W Wiedniu otruł się sinkiem potasu lekarz praktyczny Dr. Rischawy, liczący lat 33, cieszący się wielką praktyką i znacznym majątkiem, przyczyną jego samobójstwa była miłość nieszczęśliwa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4: Niedźwieckiego: Rana postrzałowa czaszki drążąca; Jasińskiego: Leczenie skolijozy. (c. d.); Leśnika: Gnicie, bakteryje gnilne i produkty gnicia (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 4: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy (c. d.). — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 1: Krówczyńskiego: Gimnastyka żeńska.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. BOGDANIK (w Biały): Naht der gebrochenen Kniescheibe (Odbicie z „W. med. Presse 1885) in 8vo str. 8. Rozprawa ta była naprzód drukowaną w Przeglądzie Lek.

Wiestnik kliniczeskoi i sudebnoi psichijatryi i newropatologii, pod redakc. prof. Mierzejewskiego w Petersburgu. Rok 3ci zeszyt 2gi z 1 tabl. chromo, i 2 tabl. ksylograf. in 8vo str. 322.

Piśmiennictwo lekarskie. MARIANI, Le coca et la cocaïne. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 1½

MAUTHNER L., Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde. 12 Heft. gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 2. 40

METZGER S., Pyridin, Chinolin u. deren Derivate. gr. 8. Brnschwg., Vieveg et S. M. 4. —

MOSETIG-MOORHOF A. R. v., Handbuch der chirurgischen Technik bei Operationen u. Verbänden. Mit Abb. (In ca 10 Lfgn). Allgemeiner Thl. 1 Lfg. gr. 8. Wien, Toeplitz et Deuticke. M. 1. 50.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 3 lutego rb. o godzinie 6téj wieczór w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: kol. Gluziński będzie miał rzecz o zachowaniu się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych (według doświadczeń robionych przez śp. Dra Alfreda Wolframa).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 69.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém konkurs.

Z tą posadą połączona jest płaca roczna 300 do 500 złr. wedle umowy, wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło. Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich względnie doktora medycyny i chirurgii. Kompetentom stanu wolnego da się pierwszeństwo przy obsadzeniu téj posady.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do końca Lutego 1886.

Przełożeństwo zboru izraelickiego.

Lwów dnia 18 Stycznia 1886.

KONKURS.

W mieście Żmigród nowy powiat Jasło jest opróżniona posada lekarza miejskiego, z roczną remuneracyją w kwocie 150 złr. w. a., z uwagi, że nie ma tu innego lekarza, przeto poboczne dochody zapewnia się w korzystnych stosunkach nadmieniając, że ubiegający się o tę posadę ma być Drem Medycyny a takową zaraz otrzymać może.

Zgłoszenia przyjmuje Zwierzchność gminna Żmigrodu.

Dnia 16 Stycznia 1886.

Antoni Nowak Burmistrz.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.